



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Mirka Reinholm

Aikuisikäisen masennuksen hoito perusterveydenhuollossa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla

Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen

Opinnäytetyö

15.1.2020

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Mirka Reinholm Aikuisikäisen masennuksen hoito perusterveydenhuollossa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla</p> <p>Systemoitu kirjallisuuskatsaus</p> <p>34 sivua +4 liitettä 15.1.2020</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja (YAMK)
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtamisen tutkinto-ohjelma (YAMK)
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	Ly Kalam-Salminen, Lehtori, TtT
<p>Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää, millaista kansainvälistä ja kansallista tutkimusta on tehty psykiatristen sairaanhoitajien työstä perusterveydenhuollossa ja kuvata minkälaisia hyötyjä on psykiatrisen sairaanhoitajan työstä sekä aikuisikäiselle masennuspotilaalle, että organisaatiolle siitä, että psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee perusterveydenhuollossa.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoisuutta perusterveydenhuollossa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan työstä ja työn sisällöstä ja sen hyödyistä sekä terveydenhuollon ammattilaisille esimerkiksi psykiatrisen hoitotyön suunnittelussa, että toimia potilaille informatiivisena pakettina perusterveydenhuoltoon suuntautuvan mielenterveyshuollon vaikuttamismahdollisuuksista ja keinoista masennuksen hoidon edistäjänä jo varhaisessa vaiheessa. Tutkimuskysymykset tässä työssä ovat: <i>Mitä hyötyjä potilaalle on psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimasta masennuksen hoidosta perusterveydenhuollossa? Mitä hyötyjä organisaatiolle on psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimasta masennuksen hoidosta perusterveydenhuollossa?</i></p> <p>Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty tietokantoja Medic, Pubmed, Medline sekä PsycINFO. Tuloksiksi hakukoneista tuli 1192 tutkimusta, joista lopulliseen tutkielmaan valittiin 10 tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen.</p> <p>Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla masennus- ja ahdistuspotilaiden parantuminen tai oireiden lieveneminen on tehokasta. Psykiatriset sairaanhoitajat käyttävät vastaanotolla hoidon tukena erilaisia terapeuttisia menetelmiä, jotka edesauttavat hyviä hoitotuloksia. Potilaiden hoitoon sitoutuminen sekä oman elämän hallinta kohenevat psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoiman hoidon avulla. Psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoilla hoitoa saaneiden potilaiden sekä yhteistyössä toimivien yleislääkäreiden kokemukset psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimasta hoidosta ovat olleet positiivisia.</p> <p>Psykiatrisen sairaanhoitajan sijoittuminen perusterveydenhuoltoon on tutkitusti potilaslähtöistä sekä kustannustehokasta. Psykiatristen sairaanhoitajien sijoittamista perusterveydenhuoltoon on viime vuosina tutkittu kansainvälisesti ja siitä on saatu positiivisia tutkimustuloksia.</p>	
Avainsanat	masennus, masennuksen hoito, psykiatrinen sairaanhoitaja, perusterveydenhuolto, terveysasema

Author(s) Title	Mirka Reinholm Treatment of an adult age depression at a psychiatric nurse's reception in primary health care
Number of Pages Date	Systematic literature review 34 pages +4 appendices 15.1.2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master`s Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Ly Kalam-Salminen, Lecturer, PhD
<p>The purpose of this thesis was to find out what international and national research has been done on the work of psychiatric nurses in primary health care and to describe the benefits for both an adult depressed patient and an organization for having a psychiatric nurse in primary health care.</p> <p>The aim of the thesis was to raise awareness of the work of psychiatric nurses in primary care and its content and benefits, and for healthcare professionals in planning psychiatric nursing care, for example, as an informative package for patients on primary health care and mental health care. Research questions of this thesis are: <i>What are the benefits to the patient of psychiatric nurse-coordinated depression treatment in primary health care?</i> and <i>What are the benefits for organizations of psychiatric nurse-coordinated depression care in primary health care?</i></p> <p>Medic, Pubmed, Medline and PsycINFO were used in this literature review. The search engines yielded 1,192 studies, of which 10 were selected for the final thesis. The studies were analyzed using inductive content analysis.</p> <p>In primary health care, a psychiatric nurse's office can effectively heal or alleviate symptoms of depression and anxiety. Psychiatric nurses use a variety of therapeutic methods at the reception to support good treatment outcomes. A psychiatric nurse improves patients' commitment to care and their own management of life through coordinated care. Patients treated by psychiatric nurses and co-operating general practitioners have had positive experiences with psychiatric nurse- coordinated care.</p> <p>It has been proven, that the placement of a psychiatric nurse in primary health care is patient-oriented and cost-effective. The placement of psychiatric nurses in primary care has been the subject of international research in recent years and has shown positive results.</p>	
Keywords	depression, depression treatment, psychiatric nurse, primary health care, health station

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Psykiatrisen sairaanhoitajan työn teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Perusterveydenhuolto kansainvälisesti	2
2.2	Masennuksen hoito Suomalaisessa perusterveydenhuollossa	3
2.3	Psykiatrinen sairaanhoitaja	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	5
4	Opinnäytetyön menetelmät	6
4.1	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	6
4.2	Hakustrategia	7
4.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	8
4.4	Aineiston analyysi ja kuvaus	11
4.5	Tutkimusten laadun arviointi	11
5	Psykiatrisen sairaanhoitajan työ perusterveydenhuollossa	13
6	Psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoima aikuisikäisen masennuksen hoito perusterveydenhuollossa	14
6.1	Hyödyt potilaalle	14
6.1.1	Yhteydet potilaan oireiluun	14
6.1.2	Työkaluja potilaalle arkeen	16
6.1.3	Yhteydet potilaan elämänlaadun paranemiseen	18
6.1.4	Kokemukset hoidon laadun paranemisesta	20
6.2	Hyödyt organisaatiolle	22
6.2.1	Psykiatrisen erikoisosaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon	22
6.2.2	Psykiatrisen sairaanhoitajan ja yleislääkärin yhteistyö	24
6.2.3	Taloudellinen näkökulma	27
7	Pohdinta	28
7.1	Opinnäytetyön vaiheet ja valikoituneet tutkimukset	28
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset	31
	Liite 1. Taulukko hakusanoista ja tiedonhausta	1
	Liite 2. Taulukko valituista tutkimuksista	2
	Liite 3. Taulukko aineiston pelkistämisestä	5
	Liite 4. Tutkimusten laadunarviointitaulukot	6

1 Johdanto

Masennusta sairastaa arviolta yli 300 miljoonaa ihmistä ympäri maailmaa ollen maailmanlaajuisesti yleisin työikäisen väestön työkyvyttömyyden aiheuttaja. (World Health Organisation, 2018.) Suomessa elämänsä aikana masennukseen sairastuu keskimääräisesti noin joka viides ja masennuksen sairastaneilla se myös uusii jossakin vaiheessa elämää. (Terveys- ja Hyvinvoinnin laitos, 2015). Kun ihminen masentuu, katoaa kyky tuntea mielihyvää ja mieliala on jatkuvasti alakuloinen. Mielialan laskun lisäksi myös fyysisen sairastamisen riski kasvaa masennuksen myötä ja pahimmillaan masennus voi johtaa jopa itsemurhaan. Masennusta hoidetaan yleensä ensisijaisesti keskusteluhuollolla ja tarvittaessa lisätukena käytetään lääkinnällistä hoitoa. Lievää masennusta sairastavilla toimintakyky usein säilyy kohtalaisen hyvänä, jolloin jo pelkästään itsehoitomenetelmistä voi olla apua voimien paranemiseen. (World Health Organisation, 2018; Käypä Hoito, 2016; Terveys- ja Hyvinvoinnin laitos, 2015.)

Suomessa mielenterveyspalvelut koostuvat perusterveydenhuollossa annettavista mielenterveyspalveluista, sairaanhoitopiirien ja kuntien terveyskeskusten yhteydessä tarjottavasta erikoissairaanhoidon palveluista. Näiden lisäksi mielenterveyspalveluita tarjoaa yksityisen sektorin terveydenhuolto sekä kolmas sektori. Käypä Hoito- suosituksen (2016) mukaan masennuksen hoito aloitetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa masennuksen hoidon kolmiomallin mukaisesti, jolloin terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto toimii osana masennuspotilaan hoitoa. Perusterveydenhuollossa masennuksen hoidon kolmiomallissa psykiatrinen sairaanhoitaja tukee ja opastaa potilasta erilaisten oireiden itsehoitomenetelmien opettelussa sekä seuraa toipumisen etenemistä. Psykiatrinen sairaanhoitaja perusterveydenhuollossa mahdollistaa enemmän ajankäytön masennuspotilaan hoidon tukemiseksi ja tukee hoidon systemaattista seurantaa. Psykiatrinen sairaanhoitaja tarjoaa potilaalle vastaanotolla psykososiaalista tukea ja on apuna myös hoitoon sitoutumisessa. (Rainio & Rätty, 2015: 3; Duodecim, 2016.)

2 Psykiatrisen sairaanhoitajan työn teoreettiset lähtökohdat

2.1 Perusterveydenhuolto kansainvälisesti

Perusterveydenhuolto kattaa laajan valikoiman eri ammattialojen palveluntarjoajia ja erilaisia palveluita. Riippuen maasta, palveluita on tarjolla sekä julkisella, yksityisellä että valtiosta riippumattomalla tasolla. Perusterveydenhuolto on ihmisten terveydenhuollossa keskeinen osa-alue, jonka toiminta perustuu toimenpiteisiin ja menetelmiin, jotka ovat kaikkien yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen saatavilla kohtuulliseen hintaan. Perusterveydenhuolto on olennainen osa maan terveydenhuoltojärjestelmää ja monessa maassa pyritään siihen, että terveydenhuollon peruspaino on juuri perustasolla kaikkien saatavilla. Perusterveydenhuollon käsitettä onkin tulkittu paljon eri yhteyksissä ja myös määriteltä useasti uudelleen. Joidenkin määritelmien mukaan perusterveydenhuolto viittaa hoitoon hakeutumisen ensimmäiseen portaaseen. Toisten lähteiden mukaan se ymmärretään ensisijaisena terveysinterventiona kohdennettuna erityisesti pienituloisille väestöryhmille ja tätä kutsutaan myös selektiiviseksi perusterveydenhuolloksi. (WHO, 2019). Tässä opinnäytetyössä perusterveydenhuoltoa käsitellään hoitoon hakeutumisen ensimmäisenä portaana tarkoittaen kunnan tai valtion rahoittamaa toimintaa, jolla pyritään tarjoamaan väestölle vähintään välttämättömimmät terveyspalvelut.

Perusterveydenhuollon pääasiallinen tehtävä on keskittyä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyteen ja hyvinvointiin ja vastata niiden tarpeisiin. Ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin keskitytään aina kokonaisuutena koostaen ne fyysisen, henkisen ja sosiaalisen terveyden sekä hyvinvoinnin osa-alueet kattaviin ja niihin liittyviin näkökohtiin. Perusterveydenhuollossa huolehditaan ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista koko hänen elämänsä ajan, eikä vain yksittäisten sairauksien osalta. Perusterveydenhuollon palveluihin hakeutumiselle ei ole ikärajaa ja tavoite on varmistaa ihmisille kokonaisvaltaista palvelua terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä aina niiden hoitoon, kuntoutukseen ja palliatiiviseen hoitoon saakka – mahdollisimman lähellä ihmisten arkea. (WHO, 2019).

Monissa maissa terveydenhuollon palveluita on järjestetty perustasolle ja riippuen maasta se järjestetään joko julkisen sektorin toimesta tai erilaisilla yksityisen sektorin klinikoilla. Kun terveydenhuollon palveluita on saatavilla perustasolta riippumatta ovatko ne julkisen sektorin vai yksityisen sektorin järjestämiä, katsotaan nämä perusterveyden-

huollon palveluiksi riippuen maasta. Vaikka perusterveydenhuollon palveluita järjestetään monissa maissa, ainakin puolet maailman ihmisistä on tänäkin päivänä ilman välttämättömiä terveydenhuollon palveluita tai minkäänlaisia terveydenhuollon palveluita. Perusterveydenhuollon palveluita tarvitaan kansainvälisesti katsottuna paljon nykyistä enemmän ja palveluiden tarjoajista on monissa maissa puutoksia. (WHO, 2019).

Suomessa perusterveydenhuolto on järjestetty perin kattavaksi ja perusterveydenhuollon käsite on määritelty Terveydenhuoltolaissa seuraavasti: ”Perusterveydenhuolto on kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö” (Terveydenhuoltolaki, 2010.)

2.2 Masennuksen hoito Suomalaisessa perusterveydenhuollossa

Mielenterveystyön on tavoitteena vahvistaa ihmisten mielenterveyttä ja ehkäistä niiden uhkia. Mielenterveystyö koostuu 1) mielenterveyttä edistävästä työstä, kuten ohjauksesta, neuvonnasta ja tarpeenmukaisesta psykososiaalisesta tuesta 2) mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, joka sisältää kriisitilanteiden psykososiaalista tukea sekä 3) mielenterveyspalveluista, johon sisältyy mielenterveyden häiriöiden tutkimusta, hoitoa sekä kuntoutusta. (Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2015.) Avohoitokeskeisyys mielenterveyden häiriöiden hoidossa on lisääntynyt vuosien saatossa, ja hoitokulttuuri on muuttunut holhoavasta käytännöstä toimintatapaan, jossa ensisijaisesti korostetaan potilaan omia näkökulmia sekä tarpeita. (Välimäki. 2012:270). Mielenterveysongelmia hoidetaan ensisijaisesti avopalveluissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa eli perusterveydenhuollossa. Mielenterveyspotilaiden hoito on vaativaa ja hoitotyöntekijöillä tulee olla kattava asiantuntemus potilaan sairaudesta ja sen hoidosta. Mielenterveystyö onkin ensimmäisiä hoidon alueita, jossa moniammatillisen yhteistyön merkityksellisyyttä käytännössä on korostettu. (Välimäki. 2012:268.) Koulutusmahdollisuuksien lisääntymisen myötä terveydenhuoltoon on saatu lisätietämystä ja osaamista, joka parantaa terveyspalveluiden käyttäjän saaman hoidon laatua. (Leino-Kilpi. 2012:90.)

Masennuksen hoito aloitetaan perusterveydenhuollossa ja suurin osa masennuksista saadaan myös hoidettua siellä hyvin tuloksin. Masennuksen hoitoon perusterveydenhuollossa on kehitetty kolmiomalli, jossa moniammatillisessa yhteistyössä terveystasemalla toimii psykiatrinen sairaanhoitaja, yleislääkäri sekä konsultoiva psykiatri. Psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävä masennuspotilaan hoidossa on toimia hoidon koordinoijana, tukea ja opastaa potilasta, sekä seurata hoidon vaikuttavuutta ja toipumisen etenemistä. Yleislääkäri on hoitovastuussa potilaan hoidosta ja tekee potilaan hoitoa koskevat hoitopäätökset. Konsultoiva psykiatri toimii psykiatrisen sairaanhoitajan tukena, antaa säännöllistä ohjausta potilaan hoitoon liittyen sekä konsultoi tarvittaessa yleislääkäriä. (Duo-decim. 2015.) Tutkimuksissa tällaisen masennuksen hoidon kolmiomallin on osoitettu tehostavan perusterveydenhuollon tasolla tarjottavaa masennuksen hoitoa. Masennuksen hoidon kolmiomalli perusterveydenhuollossa on Suomessa yleisesti käytössä, mutta ei vielä läheskään kaikissa terveystieteissä. Vaikka perusterveydenhuollon masennuksen hoidon kolmiomallissa hoidetaankin terveystieteiden potilaita, kuuluvat psykiatriset sairaanhoitajat monesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaatioon (Vuorilehto, Riihimäki. 2014; 3261).

2.3 Psykiatrinen sairaanhoitaja

WHO:n määritelmän mukaan psykiatrinen sairaanhoitaja on henkilö, joka on suorittanut sairaanhoitajan tutkinnon lisäksi mielenterveystyöhön erikoistumisen, jolla syventää sairaanhoitajan perusopintojen myötä saamaa asiantuntijuutta. Mielenterveystyöhön erikoistuminen antaa sairaanhoitajalle mahdollisuuden perustyaan lisäksi toimia erikoisammattilaisena yksilöiden sekä perheiden kanssa hoitaen erilaisia mielenterveyden ongelmia tai niiden vaikutuksia sekä sairaaloissa että perusterveydenhuollossa. Psykiatrinen sairaanhoitaja etsii työssään potilaan kanssa keinoja, joiden avulla potilas kykenee sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseensa mielenterveyden suhteen, erityisesti niiden kanssa, joiden tila on muuttunut pysyvästi. Psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee ihmisen kanssa auttaen heitä pärjäämään muuttuneessa tilanteessa sekä muuttuneiden uskomusten kanssa. (WHO 2003;3). Psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa psykiatrian erikoisalalla arvioiden psykiatrisen avun tarvetta. Psykiatrinen sairaanhoitaja tarjoaa perushoitoa psykiatrisista ongelmista kärsiville käyttäen apuna terapeutisia taitoja ja arvioi myös hoidollisten ratkaisujen vaikuttavuutta. Psykiatrisen sairaanhoitajan työ edellyttää hyvää kommunikaatio- ja yhteistyökykyä. (APNA - American Psychiatric

Nurses Association). Suomessa psykiatrinen sairaanhoitaja sijoittuu terveysasemalle, josta masennuksen hoito ensisijaisesti alkaa (Duodecim. 2015.) Vahvaa tutkimusnäyttöä masennuksen hoidon menetelmistä on saatu mm. kognitiivisesta, interpersoonallisesta ja psykodynaamisesta lyhytterapiasta sekä samaan aikaan tapahtuvasta potilaan toimintakyvyn aktivoinnista. Ratkaisukeskeisistä terapiamenetelmistä hyöttyy erityisesti lievää masennusta sairastava potilas. Masennuspotilaan hoito on pääasiassa yksilökäynteinä tapahtuvaa hoitoa, mutta potilaille on tarjolla nykyään myös erilaisia ryhmämuotoisia terapeutteja vaihtoehtoja tai internetterapiaa. (Duodecim. 2014.)

Arjessa mielenterveyshäiriöitä sairastavat leimaantuvat vielä tänä päivänäkin helposti erilaisten stereotyyppien mukaisesti. Leimaantumisen tunne saattaa estää potilasta hakeutumaan hoidon piiriin matalalla kynnyksellä varhaisessa vaiheessa, vaikka nimenomaan varhaisen vaiheen puuttuminen nopeuttaa potilaan paranemista ja oireiden vähenemistä. (Välimäki 2012:261). Psykiatrisen sairaanhoitajan sijoittuminen perusterveydenhuoltoon pyrkii vähentämään potilaan kynnystä hakeutua hoitoon varhaisessa vaiheessa ja poistavan aiheeseen liittyvää ja vieläkin yleisesti potilaiden kokemaa häpeää.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää millaista kansainvälistä ja kansallista tutkimusta on tehty psykiatristen sairaanhoitajien työstä perusterveydenhuollossa ja kuvata minkälaisia hyötyjä on psykiatrisen sairaanhoitajan työstä sekä aikuisikäiselle masennuspotilaalle, että organisaatiolle siitä, että psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta perusterveydenhuollossa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan työstä ja työn sisällöstä ja sen hyödyistä sekä terveydenhuollon ammattilaisille esimerkiksi psykiatrisen hoitotyön suunnittelussa, että toimia potilaille informatiivisena pakettina perusterveydenhuoltoon suuntautuvan mielenterveyshuollon vaikuttamismahdollisuuksista ja keinoista masennuksen hoidon edistäjänä jo varhaisessa vaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. *Mitä hyötyjä potilaalle on psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimasta aikuisikäisen masennuksen hoidosta perusterveydenhuollossa?*
2. *Mitä hyötyjä organisaatioille on psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimasta masennuksen hoidosta perusterveydenhuollossa?*

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Systemoitu kirjallisuuskatsaus on yksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alatyypeistä ja se on yleensä yhden tutkijan tekemä. Systemoidun katsauksen tiedonhaku toteutetaan samalla tavalla, kun systemaattisessa katsauksessa, mutta se eroaa olennaisesti systemaattisesta katsauksesta aineiston arvioinnin, analyysin ja synteessin osalta. Systemoidussa katsauksessa em. vaiheet ovat vähemmän järjestelmällisiä ja kokonaisvaltaisia systemaattiseen katsaukseen verrattuna. (Suhonen, Axelin, Stolt. 2015:14). Sisäänotto- ja poissulkukriteerit tulee määritellä ennen tiedonhakun tekoa, koska tämä määrittelee sen mitä tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen tietokantahakujen hyväksytään. Keskeisintä kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten osalta siis on, että niiden valinnassa on noudatettu tutkimuskysymyksistä määritellyjä sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. (Valkeapää, 2015:66., Bettany-Saltikov, 2012:55.)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittaviin tutkimuksiin laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka perustuivat tutkielman tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen. (Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit). Sisäänotto- ja poissulkukriteerien periaatteena on tässä rajata hakutulos niihin artikkeleihin ja tutkimuksiin, jotka käsittelevät tähän työhön valittua aihetta ja antavat vastauksen tämän työn tutkimuskysymykseen.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kansainväliset tai kansalliset hoito- ja lääketieteelliset tutkimukset sekä niistä tehdyt artikkelit	Kirjallisuuskatsaukset tai artikkelit, jotka eivät ole tutkimuksia
Tutkimukset, jotka koskevat psykiatrisen sairaanhoitajan toteuttamaa masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa	Tutkimukset, jotka koskevat psykiatrisen sairaanhoitajan toteuttamaa hoitoa erikoissairaanhoidossa, yksityisillä hoitajaklinikoilla tai sairaaloissa.
Tutkimukset, jotka koskevat masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa	Tutkimukset, jotka koskevat synnytyksen jälkeisen masennuksen hoitoa tai muiden psykiatristen sairauksien, kun masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa
Tutkimukset, jotka koskevat ensisijaisesti masennuksen hoitoa ilman somaattista sairautta	Tutkimukset, jotka koskevat masennuksen hoitoa kipupotilailla, diabetespotilailla, HIV-potilailla tai sydänpotilailla
Tutkimukset, joissa tutkimusjoukko on yli 18v.	Tutkimukset, joiden tutkimusjoukko koostuu lapsista tai murrosikäisistä.
Tutkimukset, jotka koskevat vastaanotolla tapahtuvaa hoitoa.	Tutkimukset, jotka koskevat puhelimitse tai internetin välityksellä- sekä kotona annettavaa hoitoa.
Tutkimukset, jotka on julkaistu aikavälillä 2005-2018	Tutkimukset, jotka on julkaistu ennen vuotta 2005
Artikkelit, joista on saatavilla koko teksti	Artikkelit, joista on saatavilla vain abstrakti

4.2. Hakustrategia

Kun sisäänotto- ja poissulkukriteerit on määritelty ja taulukoitu, seuraava vaihe on tutkimustiedon haku. Tiedonhaku kohdistetaan niihin tietokantoihin, jotka ovat tutkimuskysymysten luonteen mukaisesti oleellisia. Haun rajaamista vain yhteen tietokantaan ei suositella. Yhteen tietokantaan rajaamisessa on riski, että oleellisia tutkimuksia jää tietokantahaun ulkopuolelle. Hakua tehdessä on hyvä olla kriittinen erityisesti tutkimusten iän

suhteen, koska terveydenhuollon nopealla kehitymisellä on vaikutusta myös hoitotyön käytännön toteutukseen (Valkeapää, 2015:63; Kankkunen, Vehviläinen- Julkunen, 2013:93).

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehtiin tietokantoihin talven 2018 aikana. Tietokannoista löydettyjen artikkelien lähdeluetteloihin tehtiin manuaalinen haku samaan aikaan. Tietokantahaun tuottamat artikkelitulokset käytiin läpi verraten niitä sisäänotto- ja poissulkukriteereihin. Hakutuloksista tutkielmaan valikoitui 10 artikkelia. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit analysoitiin sisällönanalyysillä induktiivisesti.

Tiedonhaku tehtiin marras-joulukuussa 2018 PubMed-, PsycINFO-, Cinahl-, sekä Medic-tietokantoihin. PubMed, Cinahl sekä Medic valikoituivat luonnollisiksi hakukoneiksi, koska ne ovat hoitotieteen tietokantoja. PsycINFO valikoitui mukaan lisäksi, koska tutkielman aihe on psykiatrian aihealueelta. Hakusanoina tietokantahauissa käytettiin psykiatrisesta sairaanhoitajasta ”psychiatric nurse”, ”mental health nurse” sekä ”community mental health nurse”. Perusterveydenhuollon hakuun käytettiin termejä ”primary health care”, primary care” sekä ”health station”. Hakusanoilla hakutuloksia tuli PubMed-, PsycINFO-, sekä Cinahl- tietokantojen hakutuloksiksi yli 100 000 artikkelia. Tässä opin- näytetyössä hakuja rajaavaksi termiksi valittiin lisäksi ”depression” ja valinta perustui masennuksen hoidon kolmiomalliin, jossa psykiatrinen sairaanhoitaja toimii masennuspotilaan hoidon koordinoijana perusterveydenhuollossa. Tämä lisäys myös antoi vastauksen oppinäytetyöhön määriteltäisiin tutkimuskysymyksiin. Cinahl-tietokannan hakua kaven- nettiin laajan hakutuloksen vuoksi lisäksi vielä sanalla ”depression nurse”, näin tuloksia saatiin rajattua toivotummaksi määräksi ja tällä saatiin myös mukaan nimenomaan psy- kiatrisen sairaanhoitajan työtä koskevia tutkimuksia. Medic- tietokantaan hakusanoja ei lisätty, koska muista tietokannoista hakutuloksiksi tuli jo kohtuullinen määrä sopivia tut- kimustuloksia, ja pääpaino haluttiin pitää kansainvälisissä tutkimuksissa. Hakutulokset pyrittiin pitämään mahdollisimman tuoreina, tästä syystä haku rajattiin tutkimuksiin, joi- den julkaisuvuosi ajoittuu välille 2005–2018. (Liite 1: Taulukko hakusanoista ja tiedon- hausta).

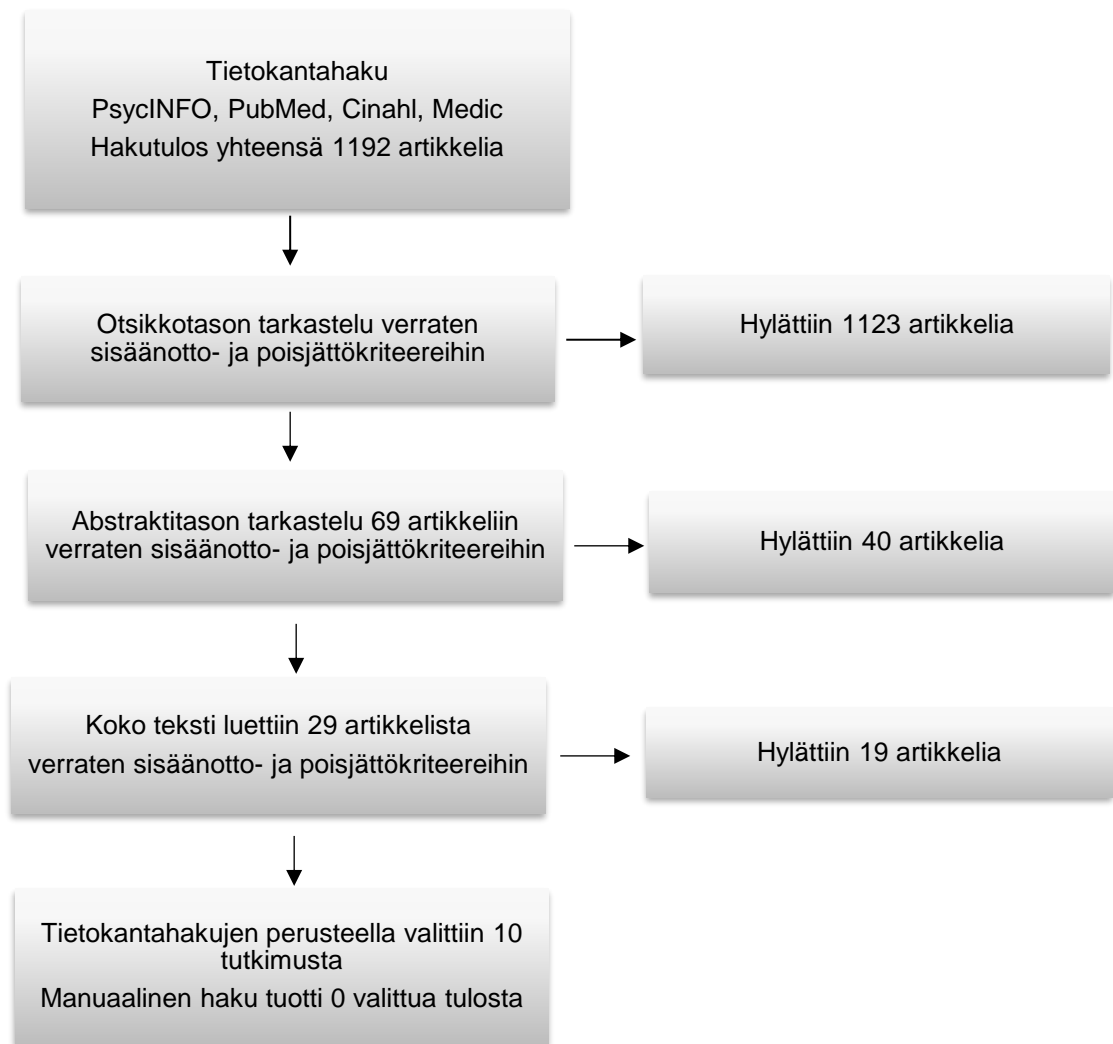
4.3. Kirjallisuuden hakuprosessi

Tietokantahaun tuloksista lopulliseen työhön valikoituvien tutkimusten valitseminen kat- saukseen sisältää yleensä kaksi vaihetta. Tietokantahaun tulokset käydään ensin läpi otsikko- ja abstraktitasolla verraten niitä valittuihin sisäänotto- ja poissulkukriteereihin.

Ensimmäisen vaiheen jälkeen valikoituneet tutkimukset luetaan läpi kokonaan verraten edelleen sisäänotto- ja poissulkukriteereihin. (Bettany- Saltikov, 2012:84). Koko tekstien lukemisen lisäksi haussa kannattaa huomioida tutkimusten lähdeluettelot tietokantahakujen lisäksi ja ottaa tarpeen mukaan manuaalisen haun kautta sopiviksi ilmenneitä tutkimuksia. Kun kirjallisuuden hakuprosessin eri vaiheet on käyty läpi, esitellään valintaprosessin tulokset (Valkeapää, 2015:64, Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 2013:97).

Tässä opinnäytetyössä Pubmed-, PsycINFO-, Cinahl- ja Medic- tietokannoista löytyi hakutuloksia yhteensä 1192. Tietokannoista saadut hakutulokset käytiin ensin läpi otsikkotasolla verraten tähän opinnäytetyöhön määriteltyihin sisäänotto- ja poissulkukriteereihin. Otsikkotason läpikäynnin aikana hylättiin päällekkäisyydet ja abstraktitason tarkasteluun hyväksyttiin tutkimuksia edellä mainituista tietokannoista yhteensä 69. Näistä 40 hylättiin, koska ne eivät abstraktia luettaessa vastanneet tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin tai eivät sisältäneet määriteltyjä sisäänottokriteereitä. Jäljelle jääneet 29 tutkimusta luettiin läpi kokonaan ja näistä hylättiin vielä 19 tutkimusta verraten sisältöä sisäänotto- ja poisjättökriteereihin. Lopullisesti tähän opinnäytetyöhön valikoitui tietokantahakujen tuottamista tuloksista 10 tutkimusta. (Kuvio 1: Flow-kaavio kirjallisuuden hakuprosessista). Valituiksi tulleiden 10 tutkimuksen lähdeluettelot käytiin vielä läpi manuaalisesti. Manuaalinen haku tuotti 8 hakutulosta otsikon perusteella ja näistä 3 valikoitui abstraktin perusteella vielä koko tekstin tarkasteluun. Nämä 3 hylättiin kuitenkin koko tekstin tarkastelun perusteella, eikä näin ollen manuaalisen haun kautta valikoitunut yhtään tutkimusta mukaan tähän opinnäytetyöhön.

Tähän opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset oli toteutettu usealla eri menetelmällä. Valikoituneista kolme oli toteutettu seurantatutkimuksena, kolme laadullisena kyselynä, joista kaksi oli internetkyselyjä ja yksi postitettu kysely. Näistä kolmesta yksi oli osastutkimus. Kaksi tutkimuksista oli toteutettu haastattelututkimuksina, yksi oli poikkileikkaustutkimus ja yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Valikoituneet tutkimukset on julkaistu seuraavissa julkaisukanavissa: American Psychiatric Nurses Association, International Journal of Mental Health Nursing, British Journal of General Practice, International Journal of Environmental Research and Public Health, Australian Health Review, Journal of Geriatrics, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, BMC Family Practice, International Journal of Mental Health Nursing sekä The British Journal of Psychiatry. Tarkemmat tiedot valikoituneista tutkimuksista on laitettu taulukkomuotoon. (Liite 2: Taulukko valikoituneista tutkimuksista).



Kuvio 1. Flow-kaavio kirjallisuuden hakuprosessista

4.4. Aineiston analyysi ja kuvaus

Sisällönanalyysi toimii usein erilaisten aineistojen perusanalyysimenetelmänä. Sisällönanalyysi on käytössä etenkin hoitotieteen tutkimuksissa sekä hoitotieteellisiä aineistoja analysoitaessa. Sisällönanalyysi auttaa kuvaamaan erilaisia ilmiöitä käsittemallien ja käsitekarttojen avulla. Sisällönanalyysin vahvuutena on joustavuus tutkimusasetelmassa. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa induktiivisesti tai deduktiivisesti ja puhutaan tällöin joko aineistolähtöisestä tai teorialähtöisestä analyysistä. Kun käytetään induktiivista sisällönanalyysiä menetelmää, sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tällöin tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa induktiivista päättelyä ja induktiivinen sisällönanalyysi etenee itse aineiston ehdoilla. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen: 165- 167, Holloway, Wheeler: 286- 287, Kyngäs ym.: 139.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston analyysi etenee vaihe vaiheelta. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen. Kun aineistoa pelkistetään, samalla pelkistyksille annetaan nimikkeet tai nimet. Tämän jälkeen pelkistykset kategorisoidaan ja etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. (Liite 3: Taulukko aineiston pelkistämisestä.) Abstrahoinnin tarkoitus on yhdistää ryhmiä saman asiayhteyden mukaan niin pitkälle kuin se on mahdollista. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen: 165- 167, Holloway, Wheeler: 286- 287.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi on toteutettu induktiivista lähtökohtaa hyödyntäen ja edetty sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti.

4.5. Tutkimusten laadun arviointi

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymysten vastaamiseksi valikoituneiden tutkimusten analysointi kertoo, että erilaisten hyötyvaikutusten selvittäminen psykiatrisen sairaanhoidajan tarjoamasta hoidosta perusterveydenhuollossa selviää parhaiten haastattelemalla tai avoimien kysymysten lomaketta hyödyntämällä. (Meehan and Robertson 2013, Lakeman 2013, Meehan and Robertson 2013, Saur, Steffens, Harpole, Fan, Oddone, Unutzer 2007; Lakeman, Cashin, Hurley 2014). Luonnollista on, että potilaan masennuksen hoitoon ja sen vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan myös kliinistä seuranta, johon liittyy mm. lääkityksen tarpeen arviointi ja seuranta sekä potilaiden hoidon tarpeen seuranta ja vaikuttavuutta. Tähän opinnäytetyöhön valikoituneissa tutkimuksissa käytettiin tutkimusmenetelminä mm. neljän vuoden seurantatutkimusta, jossa seurattiin PHQ-9 ja GAD-7- seurantalomakkeiden pisteytystä säännöllisesti mittaamalla, laadullista internetin kautta vastattavaa kyselyä avoimin kysymyksin, haastattelututkimusta, vertailututkimusta, poikkeileikkaustutkimusta, satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta sekä tyytyväisyyskyselyä.

Abrams, Boné, Reid, Adelman, Berckman, Goralewicz 2015, Chew-Graham, Lovell, Roberts, Baldwin, Morley, Burns, Richards, Burroughs 2007, Oosterbaan, Verbraak, Terluin, Hoogendoorn, Peyrot, Muntingh, van Balkom 2013, Björkelund ym. 2018).

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten laatua arvioitiin Hawker, Payne, Kerr, Hardey, Powell (2002) kehittämän 9 osaisen tutkimuksen laadunarviointi- kriteeristön avulla. Tämä laadunarvio-kriteeristö koostuu osiosta: 1) tiivistelmä ja otsikko, 2) johdanto ja tutkimuksen tarkoitus, 3) menetelmä, 4) otos, 5) aineiston analyysi, 6) eettisyys, 7) tulokset, 8) siirrettävyys/yleistettävyys 9) tutkimuksen hyöty ja käytettävyys. Jokainen osio määritellään vaihtoehdolla hyvä, kohtalainen, heikko, erittäin heikko. Näille arvosanoille on määritelty omat kriteerit, joiden tulee täytyä, jotta tutkimus voi saada kyseisen arvioinnin. (Hawker ym. 2002.).

Yleisesti tähän opinnäytetyöhön valikoidut tutkimukset arvioitiin Hawkerin ym. (2002) kriteeristön mukaan kohtalaisen laadukkaiksi. Lähes kaikki tutkimukset arvioitiin jokaiselta osioltaan joko hyväksi tai kohtalaiseksi. Heikko arvosana merkittiin yhden tutkimuksen otos-, sekä kahden tutkimuksen eettisyys- osioille, erittäin heikkoa arvosanaa ei tullut yhdenkään tutkimuksen millekään osiolle. Kaikkien tutkimusten tiivistelmä ja otsikko arvioitiin hyväksi. Jokaisen tutkimuksen otsikko oli mietitty sisältöä vastaavaksi ja siksi oli näiden osalta helppo löytää omia hakukriteereitä vastaavia tutkimuksia. Tiivistelmiin oli onnistuneesti kerätty oleellinen tieto lyhykäisyydessään ja tiivistelmästä sai hyvän käsityksen siitä, mitä tutkimus käsittelee ja selkeät osiot minkälaisia tuloksia niistä oli ilmenyt. Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus oli pääasiassa myös hyvin toteutettu kaikissa. Varsinaiset tutkimuskysymykset puuttuivat tutkimuksiin kirjattuina, vaikkakin tutkimuksen tarkoitus tulikin selkeästi esille tekstistä. Tutkimusten menetelmät saivat arvosanoiksi joko hyvä tai kohtalainen, yksi tutkimus arvioitiin menetelmäosiossa heikoksi. Vain yhteen tutkimukseen oli liitetty kyselylomake mukaan. Otokoko oli erikseen perusteltu joidenkin tutkimusten kohdalla, pääasiassa tutkimukset saivat otoskoon osiosta arvosanaksi joko hyvä tai kohtalainen. Aineiston analyysi oli kuvattu kaikissa tutkimuksissa tarkoin ja yksityiskohtaisesti. Tulososiot olivat kaikissa tutkimuksissa kirjoitettu perusteellisesti auki, ne olivat hyvin ymmärrettävissä ja loogisesti sekä jäsennellysti avattu. Vain joissakin valikoituneissa tutkimuksissa oli pohdittu eettisyyttä tai tutkimusten tekijöiden mahdollisia vaikutuksia tutkimukseen tai sen etenemiseen. Tutkimukset oli kuitenkin pyritty toteuttamaan tavalla, josta ilmeni, että eettisyyttä on pohdittu, vaikka sitä ei ollut tekstiin omaksi osioksi avattu. Kaksi tutkimusta sai heikon arvosanan eettisyyttä mittaavassa

osiossa. Tutkimukset olivat yleistettävyyssosiossa suurin osa samankaltaisia, arvosanoiksi muodostui enimmäkseen kohtalainen. Muutama tutkimus sai arvosanaksi tästä osiosta hyvän. Heikkoa tai erittäin heikkoa arvosanaa ei tullut yhdellekään tutkimukselle tästä osiosta. Tutkimusten hyöty ja käytettävyys arvioitiin yleisesti joko hyväksi tai kohtalaiseksi. Hyvä- arvion tässä osiossa saaneissa tutkimuksissa täyttyi jokin kolmesta hyvään arvosanaan oikeuttavasta kriteeristä. Kohtalaisen arvosanan saivat tutkimukset, joiden tulokset olivat selkeät ja hyvät, mutta opinnäytetyön tekijä koki, että vertailuun tarvitaan lisätutkimusta aiheesta.

On hyvä ottaa huomioon, että tähän opinnäytetyöhön valikoituneiden tutkimusten laadunarviointi on tehty yhden ihmisen toimesta. Näin ollen mahdollisuutta näkemyksen subjektiivisuuteen ei voida täysin poissulkea huolimatta siitä, että tekijä pyrki tekemään arvioinnin seuraamalla tarkkaan Hawkerin ym. (2002) määrittelemiä kriteereitä. Tutkimusten laadunarviointi näkyy tässä opinnäytetyössä myös taulukkomuodossa. (Liite 4: Tutkimusten laadunarviointitaulukot.)

5 Psykiatrisen sairaanhoitajan työ perusterveydenhuollossa

Tähän tutkielmaan valikoitui tutkimuksia liittyen psykiatristen sairaanhoitajien työhön perusterveydenhuollossa sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti, jotta tutkimuskysymyksiin saatiin mahdollisimmat kattavat vastaukset. Tähän opinnäytetyöhön valikoituneita tutkimuksia oli toteutettu eri näkökulmista. Tutkimuksissa oli mm. verrattu ”perinteistä hoitoa” (treatment as usual I. TAU tai care as usual I. CAU) vs. psykiatrisen sairaanhoitajan tarjoama hoito perusterveydenhuollossa hoidon suunnan koordinoijana. ”Perinteiseksi hoidoksi” tutkimuksissa katsottiin perusterveydenhuollossa toimivan yleislääkärin vastaanotolla saatava hoito, joka pääasiassa kattaa lääkitykseen tai sairauslomien tarpeeseen liittyvät asiat, mutta vastaanotoilla ei ole mahdollisuutta terapeuttisiin keskusteluihin (Chew-Graham, Lovell, Roberts, Baldwin, Morley, Burns, Richards, Burroughs 2007, Oosterbaan, Verbraak, Terluin, Hoogendoorn, Peyrot, Muntingh, van Balkom 2013, Björkelund, Svenningsson, Hange, Udo, Petersson, Ariai, Nejati, Wessman, Wikberg, Andre, Wallin, Westman 2018).

Tutkijoita on kiinnostanut edellä mainittujen lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa työparina perusterveydenhuollossa työskentelevien yleislääkäreiden kokemukset yhteistyön toimivuudesta sekä lääkäreiden näkökulma potilaiden voinnin kehittymiseen ja oireiden vähenemiseen psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla toteutettujen hoitokäyntien myötä (Meehan and Robertson 2013, Lakeman 2013, Meehan and Robertson 2013) ja luonnollisesti myös psykiatrisen sairaanhoitajan työn taloudelliset vaikutukset. (Sadeniemi, Pirkola, Pankakoski, Joffe, Kontio, Malin, Ala-Nikkola, Wahlbeck 2014).

Koska tutkimuskysymykset on haluttu tässä opinnäytetyössä määritellä potilaan sekä organisaation saamiin hyötyihin psykiatrisen sairaanhoitajan työskentelystä perusterveydenhuollossa, on tulosten analysoinnissa ja auki kirjoittamisessa pyritty pitämään fokus näissä, vaikka tähän opinnäytetyöhön valikoituneista tutkimuksista olisikin saanut vastauksia em. lisäksi myös esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan omiin kokemuksiin perusterveydenhuollossa työskentelystä.

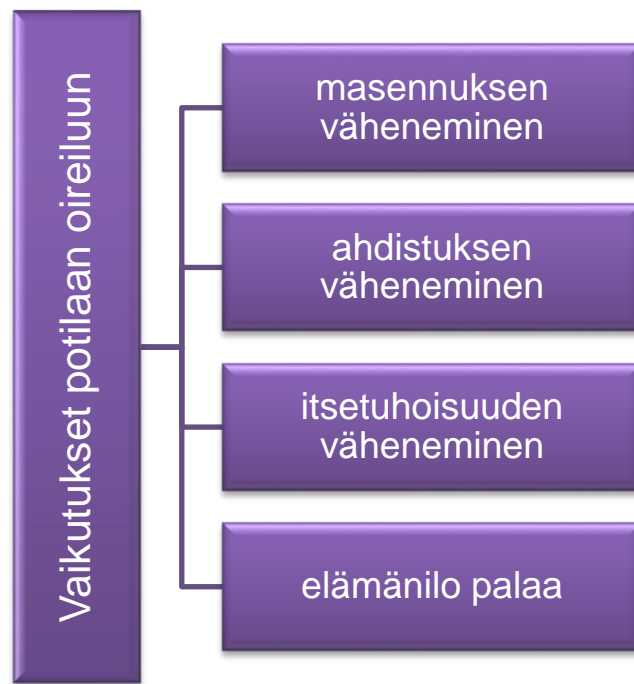
6 Psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoima aikuisikäisen masennuksen hoito perusterveydenhuollossa

6.1 Hyödyt potilaalle

6.1.1 Yhteydet potilaan oireiluun

Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla hoitoa saavat potilaat ovat tutkitusti olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaiden kokemukset kertovat, että vastaanotolta saatu hoito on auttanut masennuksen paranemisessa tai vähintään helpottanut masennuksen oireilua vähentävästi. Moni potilas kuvaa elämänlaatunsa kokonaisvaltaista kohenemistä psykiatrisen sairaanhoitajan hoitojakson jälkeen ja erityisesti arkipäivän asioiden hoitaminen on ollut aktiivisempaa mikä on potilaille tärkeää (Kuvio 1. Vaikutukset potilaan oireiluun). Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla potilaat saavat hoidon yhteydessä tietoa erilaisista masennuksen oireilun itsehoitomenetelmistä sekä oireidenhallintakeinoista, esimerkiksi ahdistuksen hallintaan liittyviä harjoitteita. Oireidenhallintakeinot auttavat potilaita pärjäämään kotona ja saamaan hallinnan tunnetta omaan oireiluun. Kun masennuksen mukana tuleva ahdistuneisuus kasvaa, on oireisiin helpompi suhtautua rauhallisesti, kun on tietoinen miksi ahdistaa ja miten ahdistuksen tunnetta voi itse saada

laskettua. Kun epätoivo on syvimmillään, on monesti myös itsetuhoiset ajatukset läsnä. Itsetuhoisten ajatusten ja toiveiden taustalla on usein epätoivon tunne, näköalattomuus tai toisaalta ajatus, ettei ahdistusta vastaan ole keinoja taistella ja tällöin helpoin tapa lopettaa ahdistus olisi vahingoittaa itseä tai pahimmassa tapauksessa pyrkiä toteuttamaan itsemurha. Kun ahdistusoireilua saa itse hallittua, kasvaa myös luottamus omien voimavarojen riittävyteen, eikä ahdistuksen tunne tunnu enää yhtä pelottavalta. Tämä rauhoittaa ahdistustilanteissa ja helpottaa oireiden hallintaa. Oireilun vähenemisen lisäksi potilaat kertovat alkoholinkäyttönsä vähentyneen huomattavasti psykiatrisen sairaanhoitajan hoitojakson aikana. Alkoholinkäyttö on usein yhteydessä ahdistuneisuuteen ja sen itselääkintään. Jos ihmisellä ei ole työkaluja hallita ahdistukseen liittyviä oireita, on alkoholi usein potilaiden valitsema itsehoitokeino, vaikka usein tietävätkin alkoholin käytön pahentavan oireilua. Saadessaan toisenlaisia itsehoitokeinoja alkoholin vaihtoehtoksi, usein alkoholinkäyttö vähenee huomattavasti. Potilaat myös huomaavat itse usein vointinsa alkavan kohentua, joka luo uskoa tulevaisuuteen. Masentuneena ja ahdistusoireilun ollessa voimakasta, potilaat ovat monesti toivottomia ja usko paremmasta tulevaisuudesta on heikkoa. Kun ihminen ajattelee, että tilanteesta ei ole poispääsyä, tai että oma vointi ei tule paranemaan, vähentää se hoitomotivaatiota. Miksi käydä hoidossa, jos siitä ei ole kuitenkaan mitään apua? Alkoholinkäytön vähentyessä ja parhaassa tapauksessa jäädessä kokonaan pois, usko oman voinnin paranemisen mahdollisuuksiin kasvaa, koska myös ahdistusoireet vähenevät. Usko paranemisen mahdollisuudesta lisää myös hoitoon sitoutumista, joka on tärkeää masennuksen hoidon onnistumiseksi. Kun ihminen saa toivoa, auttaa se elämänilon palaamisessa, joka taas ruokkii positiivisella reaktiolla potilaan halua lisätä hyvää tunnetta ja se antaa voimavaroja paranemisen etenemiselle. (Saur ym. 2007, Meehan and Robertson 2013, Lakeman 2013., Björkelund ym. 2018.)



Kuvio 2. Vaikutukset potilaan oireiluun

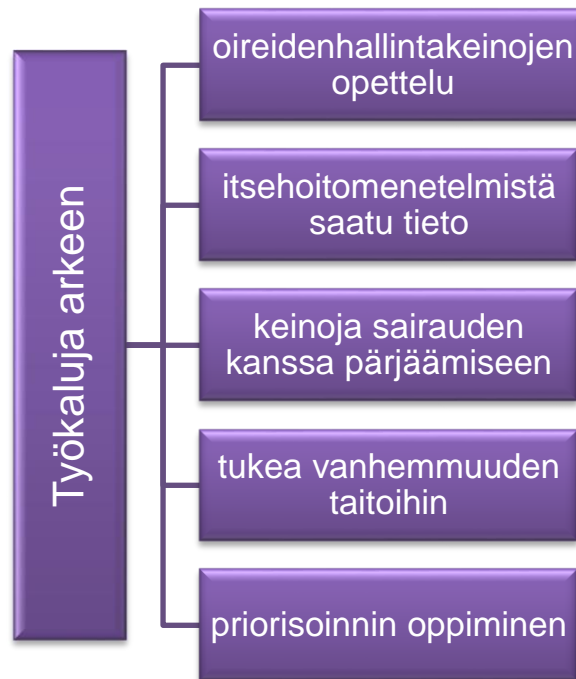
Kun potilas sairastuu masennukseen ja kärsii masennuksen mukanaan tuomasta ahdistusoireilusta ja oireilu on pahimmillaan, moni potilas joutuu jättäytymään pois sen hetkestä työstä tai opinnoista, koska kaikki energia kuluu päivittäisten perusaskareiden suorittamiseen, eikä voimavaroja minkään muun asian tekemiseen ole. Masentuneen ihmisen voimavarat eivät riitä työtehtävien tekemiseen tai opiskelun vaatimaan panostukseen ja kaikki keskittyminen täytyy fokusoida päivittäisten perusaskareiden suorittamiseen. Tällöin kaikki muu tulee jätettyä tekemättä ja keskittyminen on pelkästään päivittäisten perusaskareiden suorittamista, kuten että muistaa tai jaksaa huolehtia syömisestä, nukkumisesta tai hygieniasta. Monesti päivittäiset askareet jäävät tästä huolimatta vähemmälle huomiolle tai kokonaan tekemättä. Usein masentunut ihminen ei muista tai jaksaa syödä, myös hygieniasta huolehtiminen jää vähemmälle huomiolle. (Lakeman 2013, Björkelund ym. 2018.)

6.1.2 Työkaluja potilaalle arkeen

Masentuneena pienetkin vastoinikäymiset tuntuvat suurilta ja ylitsepääsemättömiltä, joka huonontaa vointia entisestään. Potilaille tarjotaan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla keinoja ja opetetaan taitoja erilaisten kriisien kohtaamiseen tai sairauden kanssa

pärrjäämiseen. Potilaat saavat vastaanotoilla paljon itsehoitoon ja oireiden hallintaan liittyvää ohjausta (Kuvio 2. Työkaluja arkeen). Potilaiden kanssa harjoitellaan esimerkiksi tietoisien läsnäolon taitoja, jotka auttavat rauhoittumisessa sekä ahdistuksen hallinnassa. Tietoisien läsnäolon harjoitteisiin kuuluu esimerkiksi erilaisia hengitysharjoituksia. Tutkimusten mukaan potilaiden taidot karttuvat oman voimnin hallinnan tunteen lisäksi myös vanhemmuudessa, vastuullisuudessa, taloudellisten asioiden hoidossa, ahdistuksenhallinnassa ja asioiden priorisoinnissa. Monet asiat ovat liitoksissa toimintakykyyn päivittäisten perusasioiden hoitamisessa. Masentuneelle on tyypillistä jättää esimerkiksi talousasiat hoitamatta, postia ei jaksa tai halua avata ja laskut kerääntyvät ja jäävät hoitamatta. Tämä parantaa masennuksesta toipuvan vointia kokonaisvaltaisesti. (Chew-Graham, Lovell, Roberts, Baldwin, Morley, Burns, Richards, Burroughs 2007, Lakeman 2013, Lakeman, Cashin, Hurley 2014, Abrams, Boné, Reid, Adelman, Berckman, Goralewicz 2015, Oosterbaan, Verbraak, Terluin, Hoogendoorn, Peyrot, Muntingh, van Balkom 2013.) Tutkitusti merkittäviä parannuksia potilaiden oireiluun on ilmennyt nimenomaan lyhytaikaisessa seurannassa, jolloin 4 kuukauden aikana potilaiden oireilu on huomattavasti vähentynyt. Yksi tärkeimmistä hyödyistä onkin juuri potilaan itsetuhoisuuden väheneminen. (Oosterbaan ym. 2013.)

Oman voimnin itsearviointiin saatava ohjaus vahvistaa potilaan kykyä reagoida mahdollisesti huononevaan vointiinsa tulevaisuudessa jo varhaisessa vaiheessa tai ennaltaehkäisevästi. Tämä tarkoittaa, että oman voimnin huononemisen merkit osataan tunnistaa ja tällöin niihin voi reagoida ehkäisevästi jo itsehallintakeinoja hyödyntäen, jolloin varsinaista hoitoa ei välttämättä edes tarvita. Psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolla käyvistä potilaista suurella osalla on aiemmin ollut vaikeuksia myös sitoutua hoitoonsa, joka on tapahtunut perusterveydenhuollossa, mutta ei psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. On huomattu, että myös potilaiden motivaatio ja hoitoon sitoutumien on parantunut psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Tässä auttavat säännölliset vastaanotolla tapahtuvat tapaamiset, jolloin potilaalla on myös tunne hoidon jatkuvuudesta (Lakeman 2013, Björkelund ym. 2018.)



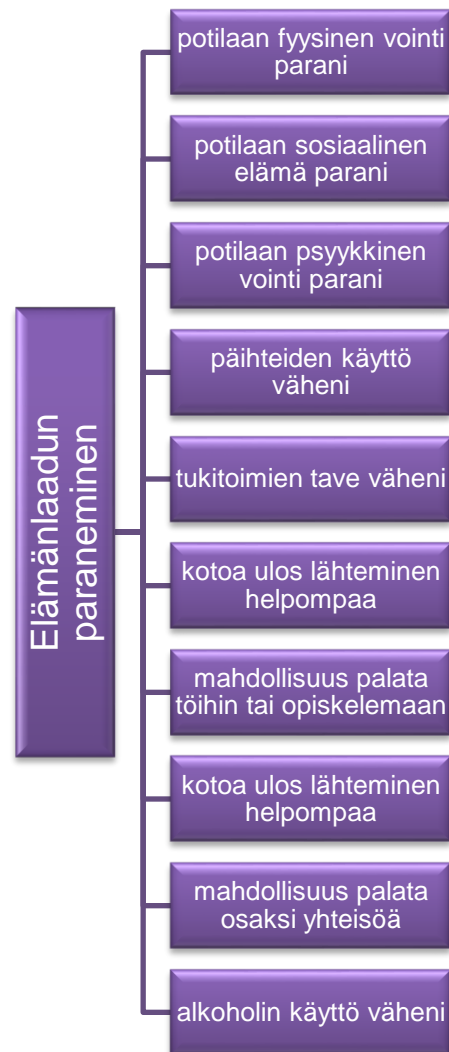
Kuvio 3. Työkaluja arkeen

6.1.3 Yhteydet potilaan elämänlaadun paranemiseen

Tutkimustulosten mukaan psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolla käyvien potilaiden oireilu vähenee sekä vointi paranee. Potilaiden oireilun väheneminen tapahtuu psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla nopeammin verrattuna perinteisesti annettuun hoitoon, joka tapahtuu pelkästään yleislääkärin vastaanotolla annettuna hoitona. Potilaan voinnin kokonaisvaltainen elpyminen näyttäytyy potilaiden masennuksen lievenemisen lisäksi myös mm. fyysisen hyvinvoinnin paranemisena. Potilaiden kroonisista sairauksista erityisesti diabeteksen ja sepelvaltimotaudin itsehoito on parantunut masennuksen vähennyttyä. Kun voimavaroja on itsestä huolehtimiseen, myös perussairausten hoitotapaino on helpompi saavuttaa. Potilaat ovat kuvanneet psykiatrisille sairaanhoitajille myös vireystasonsa ja toimintakyvyn paranemista, mm. hyötyliikunnan lisääntymisenä. Muutokset näkyvät vastaanotoilla nopeasti ja näyttäytyvät potilaan kokonaistilanteen muuttuessa positiivisemmaksi (Kuvio 3. Elämänlaadun paraneminen). Päihteiden käytön vähenemisellä on suora yhteys psyykkisen sekä fyysisen hyvinvoinnin paranemiselle. Päihteiden käytön väheneminen sekä ahdistuksen hallintakeinojen työkalujen kasvaessa kotoa ulos lähteminen tuntuu vähemmän pelottavalta. Monesti psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla voidaan asettaa pieniä tavoitteita kotoa lähtemisen tueksi, esimerkiksi

pieni lenkki kotipihalla tai roskien säännöllinen vienti auttaa säännöllistämään kotoa poistumista ja ulos lähtemistä. Kun potilaan vointi kohenee ja masennus sekä ahdistus vähenevät, voidaan mahdollisesti mukana olevia tukitoimia vähentää huomattavasti. Potilaat pärjäävät vähemmällä verkoston tuella, esimerkiksi lastensuojelun, kriminaalihuollon tai poliisin tarve vähenee usein psykiatrisen sairaanhoitajan antaman hoidon myötä. Potilaalle on myös erityisen tärkeää, että kyky huolehtia omista lapsista paranee nopeasti, joissakin tilanteissa lasten huoltajuus voi olla vaakalaudalla masennusoireilun vuoksi. (Lakeman 2013, Meehan & Robertson 2013, Oosterbaan ym. 2013, Björkelund ym. 2018).

Psykiatriset sairaanhoitajat näkevätkin oman työnsä tärkeänä osana potilaan masennuksen hoitoa. He kokevat olevansa potilaiden elämässä vaikeiden ja monesti hyvin monimutkaisten tilanteiden ja auttavat potilaita selviämään näistä. Kun psykiatrisen sairaanhoitajan hoidon myötä oireilu vähenee ja toimintakyky paranee, pystyy potilas useimmiten palaamaan takaisin työelämään tai opintojen pariin. Joskus jopa jollekin uudelle kursille osallistuminen tai työpaikan vaihto saattaa olla osana voinnin paranemisesta uusien asioiden tuodessa lisää mielekkyyttä arkeen. Työhön palaaminen on usein verrattain nopeampaa psykiatrisen sairaanhoitajan hoitojakson jälkeen verrattain perinteisesti perusterveydenhuollossa toteutettuun masennuksen hoitoon, koska oireilu saadaan väheneään hoidon aikana nopeammin. (Lakeman 2013, Meehan & Robertson 2013, Oosterbaan ym. 2013, Björkelund ym. 2018).



Kuvio 3. Elämänlaadun paraneminen

6.1.4 Kokemukset hoidon laadun paranemisesta

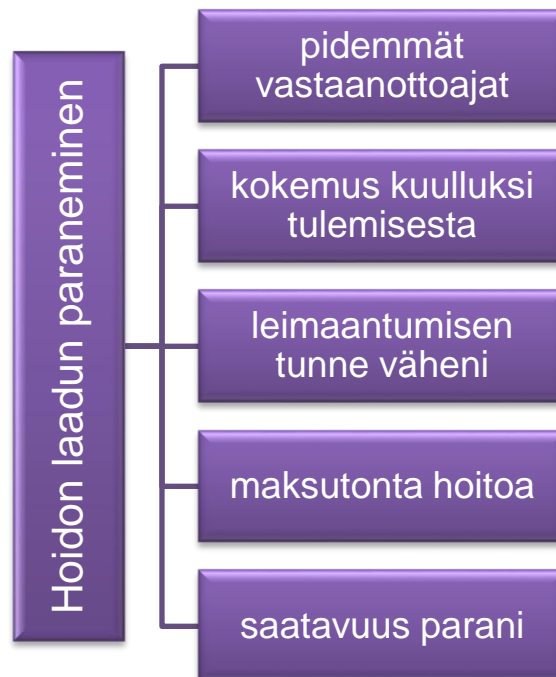
Potilaat kokevat psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla saadun hoidon täydentävän yleislääkärillä saamaansa hoitoa. Ajallisesti psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto on pidempi kuin yleislääkärin vastaanotto ja kun potilaalla on rauha puhua asioista omalla tahdillaan, kokevat he tulevansa kuulluksi ja kohdatuksi sekä työntekijän olevan aidosti läsnä vastaanotolla juuri heitä varten. Psykiatriselle sairaanhoitajalle puhuminen koetaan helpoksi ja vaivattomaksi, koska psykiatrisella sairaanhoitajalla on erityisosaamista psyykkisistä häiriöistä ja niiden hoidosta. Vuorovaikutus psykiatrisen sairaanhoitajan

vastaanotolla on parhaimmillaan luontevaa ja potilaat kokevatkin vuorovaikutuksen olevan luottamuksellisen ja avoimen hoitosuhteen tärkein tekijä. Luottamus luo myös avointa keskusteluilmapiiriä, jolloin vaikeista asioista on helpompi keskustella. (Meehan and Robertson 2013, Chew-Graham ym. 2007, Saur ym. 2007.)

Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto perusterveydenhuollossa on potilaalle yleensä maksutonta hoitoa. Potilaat kokevatkin tärkeäksi, että hoitoa on saatavilla maksutta ja hoitoon voi hakeutua matalalla kynnyksellä. (Kuvio 4. Hoidon laadun paraneminen). Monilla ei olisi mahdollisuutta hakeutua hoitoon lainkaan, jos se olisi maksullista. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla saatu hoito koetaan tehokkaaksi myös potilaiden kokemuksissa. Se, että hoitovastuussa oleva yleislääkäri on samassa rakennuksessa, koetaan potilasystävälliseksi, koska tarvittaessa lääkärin voi tavata samassa rakennuksessa. Potilaat kokevat saavansa monipuolista ja perusteellista hoitoa. Potilaiden näkökulmasta yhteistyö yleislääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan välillä onkin tärkeää. Yleislääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan välinen kommunikaatio vähentää potilaan tarvetta puhua samoista asioista erikseen yleislääkärin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Tieto potilaan hoidon vaiheista ja voinnista kulkee psykiatrisen sairaanhoitajan kautta myös yleislääkärin tietoon ja kun potilas on lääkärin vastaanotolla, ei samoja asioita tarvitse käydä uudelleen lääkärin kanssa uudelleen läpi. Erityisen hyvänä asiana koetaan, että perusterveydenhuollon psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle mennessä potilaiden leimatuksi tulemisen tunne katoaa. Kun potilas odottaa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle menoa, odotusaulassa olevat muut potilaat eivät ole tietoisia siitä, että potilas hoidattaa nimenomaan mielenterveyden häiriötä. Ajatellaan, että vielä tänä päivänä mielenterveyspotilaihin suhtautumiseen liittyy ennakkoasenteita, mikä aiheuttaa monille potilaille häpeän tunnetta. Monesti hoitoon ei hakeuduta lainkaan tai hoitoon hakeutuminen vähintään viivästyy häpeän tunteen vuoksi. Perusterveydenhuollossa ihmiset hoitavat monia erilaisia sairauksia ja mielenterveyteen liittyvät ongelmat ja potilaat eivät nouse esimerkiksi terveyskeskuksissa mitenkään erityisesti esille vastaanotolle odottaessaan. (Meehan and Robertson 2013, Lakeman 2013.)

Potilaat kokevat psykiatristen sairaanhoitajien fyysisen sijoituksen perusterveydenhuoltoon pelkästään hyvänä asiana. He kokevat saavansa kokonaisvaltaisempaa hoitoa, koska myös yleislääkäri toimii samoissa tiloissa psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Moni potilas kokee helppona mahdollisuuden hakeutua hoitoon perusterveydenhuoltoon, koska muut ihmiset eivät tiedä minkä vuoksi he siellä ovat, ja leimaantumisen tunne vähenee. Psykiatristen sairaanhoitajien tarjoama hoito perusterveydenhuollossa näin ollen

on monin tavoin myös eettisesti kestävä, koska potilaan hyvinvointi on ensisijainen pyrkimys terveydenhuoltoalalla erikoisalasta riippumatta.



Kuvio 4. Hoidon laadun paraneminen

6.2 Hyödyt organisaatiolle

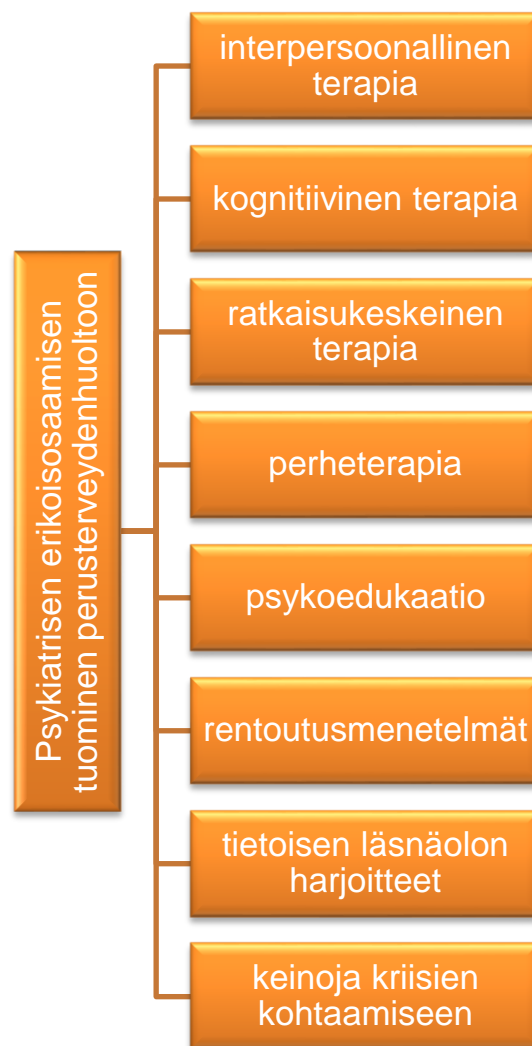
6.2.1 Psykiatrisen erikoisosaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon

Suomessa psykiatristen sairaanhoitajien sijoittaminen perusterveydenhuollon tasolle on hyvin yleistä monilla paikkakunnilla, vaikka siitä ei olekaan vielä muodostunut vakituista käytäntöä koko maahan. Kunnat ovat kehittäneet erilaisia käytäntöjä ja malleja ja ovat itsenäisesti sijoittaneet psykiatrisia sairaanhoitajia perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollossa tapahtuva mielenterveystyö on kuitenkin aika pitkälti samanlaista kunnasta huolimatta. (Kuvio 5. Psykiatrinen erikoisosaaminen perusterveydenhuoltoon). Kuntatasolla työskentelee psykiatrisia sairaanhoitajia vaihtelevia määriä, ja on sidoksissa

mm. väestöpohjan asukaslukuun. Psykiatrinen sairaanhoitajien määrä on kuitenkin riippumaton kunnan sosioekonomisesta tilanteesta. (Sadeniemi, Pirkola, Pankakoski, Joffe, Kontio, Malin, Ala-Nikkola, Wahlbeck 2014.)

Perusterveydenhuollon yleislääkärin vastaanotot ovat lyhyitä käyntejä, joiden aikana usein ehditään todeta tilanne potilaan kanssa, kirjoittaa mahdollisesti tarvittavaa sairauslomaa ja tehdä lääkityksen tarpeen arviointia. Pidemmille keskusteluille ei ole mahdollisuutta työn sekä vastaanottojen luonteen vuoksi, jolloin psykiatrisen sairaanhoitajan tarjoama hoito sekä erikoisosaaminen on hyvä ottaa osaksi potilaan hoitoa. Moni psykiatrisen sairaanhoitaja on sairaanhoitajan perusopintojen lisäksi lisäkouluttautunut ja syventänyt mm. terapeuttisia valmiuksiaan. Yleisimpiä psykiatrisella sairaanhoitajalla olevia lisäkoulutuksia ovat eri viitekehysten terapiakoulutukset, esimerkiksi interpersonaalinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, kognitiivinen terapia ja perheterapia. Psykiatriset sairaanhoitajat hyödyntävät näitä valmiuksia ha työkaluja perusterveydenhuollossa potilaiden hoidossa aktiivisesti, joka mahdollistaa monipuolisesti erilaisten hoitomenetelmien käytön. Hoitokeinoina psykiatriset sairaanhoitajat käyttävät perusterveydenhuollossa pääasiassa yksilövastaanottokäyntejä, mutta myös ryhmämuotoista hoitoa on tarjolla monissa paikoissa ja perheiden sekä läheisten huomioiminen potilaan hoidossa on erityisen tärkeää, koska he elävät potilaan kanssa arjessa. (Chew-Graham ym. 2007, Lakeman 2013, Lakeman ym. 2014, Abrams ym. 2015, Oosterbaan ym. 2013.)

Potilaiden hoito perusterveydenhuollossa on pitkälti terapeuttisten menetelmien hyödyntämistä sekä psykoedukaatiota ja se suunnitellaan yksilöllisesti jokaisen potilaan tilanteen mukaan riippuen potilaan ahdistuksen tai masennuksen asteesta. Psykiatrisen sairaanhoitajan antaman terapeuttisen keskusteluhoidon tukena potilaalla saattaa olla rinnalla lääkehoito, joka pääasiassa on yleensä antidepressiivinen lääkitys. Lääkehoidon tarpeellisuus arvioidaan jokaisen kohdalla erikseen ja lääkitys voidaan aloittaa lisätueksi erityisesti potilaille, joilla masennuksen aste on syvempi kuin lievä tai keskivaikea masennus. Erilaiset rentoutusmenetelmät sekä tietoisien läsnäolon harjoitteet lievittävät stressiä ja vähentävät ahdistuneisuutta ja niiden opettelu kuuluu lähestulkoon aina psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotoilla harjoiteltaviin itsehoitokeinoihin, kun hoito ja potilaan vointi on siinä vaiheessa, että harjoitteita on mielekästä opetella. (Abrams ym. 2015.)



Kuvio 5. Psykiatrisen erikoisosaaminen perusterveydenhuoltoon

6.2.2 Psykiatrisen sairaanhoitajan ja yleislääkärin yhteistyö

Mielenterveystyön integroiminen perusterveydenhuoltoon on koettu yleisesti hyvin tärkeäksi ja sillä on paljon positiivisia hyötyjä. Hoitomallin, jossa psykiatrisia sairaanhoitajia on sijoitettu perusterveydenhuollon tasolle tarjoamaan hoitoa, on odotettu ja todettu parantavan myös yleislääkäreiden osaamista ja rohkeutta diagnosoida sekä tunnistaa ajoissa potilaiden masennus perusterveydenhuollossa. Kun yleislääkärillä on mahdollisuus konsultoida psykiatrian erikoisalan osaavaa työntekijää, kasvaa myös lääkärin varmuus ja tietämys masennuksen hoidosta ja hoitokeinoista, vaikka lääkärillä ei olisikaan vielä kovinkaan paljon kokemusta masennuksen hoidosta. (Abrams ym. 2015.)

Perusterveydenhuollossa työskentelevät yleislääkärit ovatkin suhtautuneet positiivisesti psykiatristen sairaanhoitajien työhön osana perusterveydenhuollossa tarjottavaa masennuspotilaan hoitoa, ja yleislääkäreiden luottamus psykiatrisen sairaanhoitajan osaamiseen on vahvaa. (Kuvio 6. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja yleislääkärin yhteistyö). Yleislääkärit ovat kuvanneet tärkeäksi psykiatrisen sairaanhoitajan tiedollisen osaamisen erilaisista psykiatrisista sairauksista, lisäksi tietämys paikallisista mielenterveyspalveluista on tärkeää. Näitä tietoja yleislääkärillä ei useinkaan ole. Aina potilaalla ei ole tarve jäädä perusterveydenhuoltoon hoidettavaksi, vaan tarjolla oleva esimerkiksi järjestön toteuttama vertaistuellinen toiminta voi olla potilaalle mielekästä ja hyvinkin riittävää. Psykiatrisen sairaanhoitaja saatetaankin kokea positiivisena linkkinä psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai kolmannen sektorin mielenterveyspalveluiden tarjoajien sekä perusterveydenhuollon välillä. (Meehan and Robertson 2013.) Psykiatrisilla sairaanhoitajilla on tarvittaessa mahdollisuus järjestää konsultaatiotapaamisia konsultoivan psykiatrin ja potilaan hoidosta vastaavan yleislääkärin kanssa. Tämä tiivistää moniammatillista yhteistyötä ja parantaa potilaiden saaman hoidon laatua. Konsultaatiot mahdollistavat tarvittaessa nopean reagoinnin potilaan muuttuviin tilanteisiin sairautensa kanssa, ja potilaan tilanteeseen saadaan nopeasti erikoislääkärin suositus tai näkemys. (Lakeman 2013.)

Perusterveydenhuollossa työskenteleville psykiatrisille sairaanhoitajille on kehitelty eri maissa erilaisia hoitomalleja, mutta masennuksen oikea-aikainen hoito ja varhainen puuttuminen on ensisijainen tarkoitus globaalisti perusterveydenhuoltoon sijoittumisessa. Yleisesti ottaen psykiatrisen sairaanhoitaja tekee pääasiassa yhteistyötä perusterveydenhuollon yleislääkärin kanssa, jolla on kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Lisäksi psykiatrisella sairaanhoitajalla voi olla tukea erikoissairaanhoidon psykiatrista esimerkiksi konsultaatiomahdollisuuden muodossa. Joissakin hoitomalleissa yhteistyökumppanina on psykiatri, joka toimii nimenomaan pelkästään konsultaatiotehtävissä. (Abrams ym. 2015, Chew-Graham ym. 2007.)

Tutkimuksista selviää, että yleislääkärit arvostavat psykiatristen sairaanhoitajien osaamista ja yhteistyötä ja ovat erityisen tyytyväisiä, että psykiatrisen sairaanhoitaja toimii vähintäänkin samassa rakennuksessa yleislääkäreiden kanssa. Potilaat kokevat, että psykiatrisen sairaanhoitajan ajallisesti pidemmät vastaanottoajat ovat arvokkaita potilaan hoidon onnistumisen suhteen, ja tätä mieltä ovat myös yleislääkärit. Psykiatrisilla sairaanhoitajilla on yleislääkäriä enemmän aikaa keskustella vastaanotolla potilaan sairaushistoriasta, olemassa olevasta ja aiemmasta lääkityksestä sekä tarjota yleisesti potilaalle

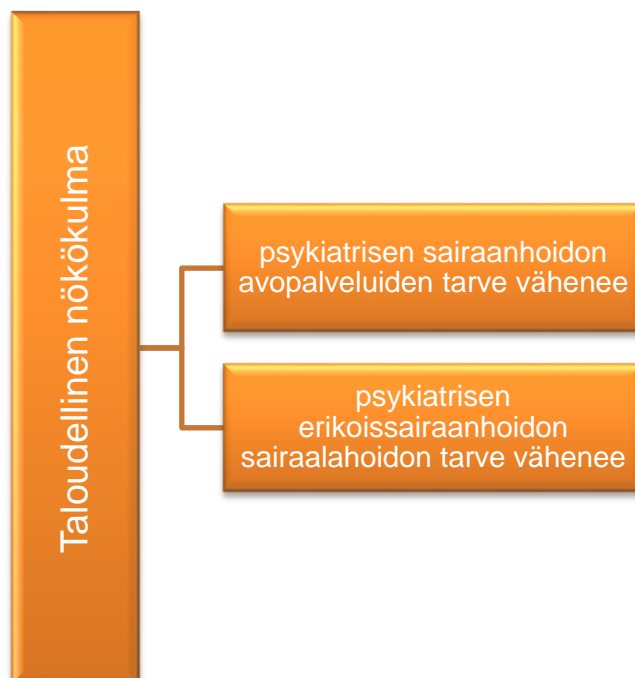
kattavampaa tukea ja ohjausta. Yleislääkärin lyhyellä vastaanottoajalla kokonaiskuva potilaan tilanteesta jää usein vaillinaiseksi ja koetaan että potilaan kannalta tilanteessa olisi hyvä selvittää perusteellisemmin masennuksen sekä siihen liittyvän ahdistuneisuuden kestoja sekä astetta. Tämä antaa selkeämmän kuvan potilaan mahdollisesta hoidon tarpeesta ja oikea-aikaisesta hoidosta oikeassa hoitopaikassa (Meehan and Robertson 2013.) Yleislääkärit kokevat psykiatrisen sairaanhoitajan sijoittamisen perusterveydenhuoltoon hyödylliseksi erityisesti potilaan hoitoa ja omaa työtään ajatellen. Lääkärit kokevat saavansa tarvitsemaansa erityisalan osaamisen tukea omaan työhönsä psykiatrialta sairaanhoitajilta. Yhteisen ymmärryksen sekä yhteistyön lisäksi tämä vähentää mahdollisten eettistenkin ongelmien syntyä, kun yhteistyössä toimivat yleislääkäri sekä psykiatrinen sairaanhoitaja arvostavat toistensa osaamista. Koulutuksen lisääntyminen ja esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien mahdollisuus lisätä omaa tietoperustaansa on mahdollistanut aiempaa helpommin yleislääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistyösuhteen muodostumiseen. Yleislääkärin vastaanotot ovat ajaltaan lyhytkestoisia ja potilaat kokevat tulevansa paremmin kuulluksi psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla, jossa vastaanottoajat ovat pidempiä.



Kuvio 6. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja yleislääkärin yhteistyö

6.2.3 Taloudellinen näkökulma

Perusterveydenhuollossa työskentelevien psykiatrinen sairaanhoitajien vastaanotto-työllä on olemassa myös taloudellisesti positiivisia yhteyksiä potilaiden oireiluun. Psykiatrisia sairaanhoitajia pidetäänkin erityisen olennaisena ammattiryhmänä perusterveydenhuollossa hyvien hoitotulosten lisäksi myös taloudellisesti positiivisen tuloksen vuoksi (Kuvio 7. Taloudellinen näkökulma). Psykiatrinen sairaanhoitajien määrän lisääminen perusterveydenhuollon tasolla on huomattu vähentävän erikoissairaanhoidon avopalveluiden käyntimääriä. Kun potilaiden masennus saadaan hoidettua perusterveydenhuollossa, ei tilanne ehdi kroonistua. Potilaiden paraneminen on nopeaa, eikä tarvetta vuosien erikoissairaanhoidolle ole. Positiivisia tuloksia on saatu käyntimäärien vähenemisenä myös psykiatrisen sairaalahoidon osalta, joka on tarvinnut perinteisesti merkittävimmän osuuden resursseja ja ollut ensisijainen suunta niiden sijoittelua suunniteltaessa. (Sadeniemi ym. 2014, Lakeman 2013.)



Kuvio 7. Taloudellinen näkökulma

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön vaiheet ja valikoituneet tutkimukset

Tähän opinnäytetyöhön valikoituneista tutkimuksista sai paljon konkreettista tietoa psykiatrisen sairaanhoitajan työstä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksissa kuvattiin psykiatrisen sairaanhoitajan työtä eri näkökulmista ja lähtökohdista, joka odotetusti antoi kattavasti vastauksia juuri tämän opinnäytetyön asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Psykiatrisen sairaanhoitajan työtä perusterveydenhuollossa oli tutkittu yleislääkärin näkökulmasta, jonka kanssa psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee yhteistyössä potilaan hoidon koordinoijana sekä potilaiden näkökulmasta, jotka ovat saaneet hoitoa masennukseensa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Molemmat ryhmät kuvasivat tutkimuksissa omia kokemuksia psykiatrisen sairaanhoitajan työstä. Tulokset sai helposti eriteltäviä tutkimuksista aineiston analyysiä tehdessä sekä tuloksia auki kirjatessa. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin mahdollisuus hyödyntää valmista opinnäytetyötä lisäämällä tietoisuutta perusterveydenhuollossa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan työstä ja työn sisällöstä ja sen hyödyistä sekä terveydenhuollon ammattilaisille esimerkiksi psykiatrisen hoitotyön suunnittelussa, että toimia potilaille informatiivisena pakettina perusterveydenhuoltoon suuntautuvan mielenterveyshuollon vaikuttamismahdollisuuksista ja keinoista masennuksen hoidon edistäjänä jo varhaisessa vaiheessa. Opinnäytetyön tuloksiin saatiin kattavasti tietoa psykiatrisen sairaanhoitajan työn sisällöstä sekä psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoiman hoidon positiivisista vaikutuksista, joita voi käyttää pohjatietona esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan sijoittelua kunnissa pohdittaessa. Psykiatrisen sairaanhoitajan työn vaikutusmahdollisuuksista aikuisikäisen masennuksen hoitoon saatava opinnäytetyöstä myös hyvin tietoa, joka pyrittiin avaamaan yksityiskohtaisesti.

Masennus- ja ahdistuspotilaat ovat olleet perusterveydenhuollossa yleensä pääasiassa yleislääkärin hoidossa. Tähän on tuonut muutosta psykiatristen sairaanhoitajien palveluiden siirtäminen enenevästi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon tasolle viimeisen vuosikymmenen aikana ja perusterveydenhuollossa tehtävästä psykiatrisen sairaanhoitajan työstä on tehty paljon tutkimusta, joka näkyi tämän opinnäytetyön tutkimusten hakuvaiheessa. Samankaltaisia muutoksia tehdään edelleen lisääntyvästi koko ajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan työtä perusterveydenhuollon tasolla kehitetään kansainvälisesti eikä kehitys siis rajoitu pelkästään Suomeen. Toiminnan kehittamisestä on jo

saatavilla hyviä tutkimustuloksia, jotka osoittavat psykiatrisen sairaanhoitajan integroimisen perusterveydenhuollon tasolle tuovan yhtäältä hyviä tuloksia potilaan hoidon vaikuttavuuden suhteen ja toisaalta sillä on jo todettu olevan samalla myös taloudellisesti positiivisia vaikutuksia ajatellen psykiatrisen hoidon kokonaisuutta. Psykiatristen sairaanhoitajien työ perusterveydenhuollossa on todettu olevan monella tavoin hyödyllistä, eritoten masennuspotilaan hoidon vaikuttavuuden kannalta. Masennus ja ahdistus ovat yleisiä sairauksia ja hoitokeinoja tehokkaaseen hoitoon ja mahdollisuutta nopeaan puuttumiseen tarvitaan. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla saamaansa hoitoon. Lyhyet, muutamien kuukausien interventiot psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoilla maasta riippumatta ovat tehokkaita hoitokeinoja masennuksen ja ahdistuksen hoidossa ja tutkitusti nopeuttavat myös potilaan paranemista. Potilaat voivat osallistua enemmän omaan hoitoonsa ja nimenomaan hoitajan ja potilaan molemminpuolinen vuorovaikutus on avainasemassa potilaan hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Tästä aiheesta on tehty sekä laadullista, että määrällistä tutkimusta. Tutkimuksia on toteutettu kuitenkin ensisijaisesti haastatteluina ja kyselytutkimuksina, kun on haettu potilaiden ja yhteistyökumppaneiden kokemuksia. Tästä voitaneenkin päätellä, että näillä menetelmillä toteutettujen tutkimusten tulokset tuovat parhaiten vastauksen, kun toivotaan saatavan tietoon erityisesti kokemuksia liittyen psykiatrisen sairaanhoitajan työhön perusterveydenhuollossa ja osana potilaiden masennuksen hoitoa. Erilaiset vertailututkimukset tuovat hyvin tietoa hoidon vaikuttavuuteen liittyen,

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus tulee toteuttaa hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen voidakseen olla eettisesti hyväksyttävää ja jotta sen tulokset voivat olla uskottavia. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen kaikissa vaiheissa ovat tiedeyhteisön yleisesti tunnustamia toimintatapoja, joita jokaisen tutkimusta tekevän tulee noudattaa omaa tutkimustaan tehdessä. Tutkimusta tehdessä tiedonhankinta- toteutus- ja arviointimenetelmissä, eli kaikissa tutkimuksen tekovaiheissa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä toimintatapoja. Tutkimusta tehdessä tulee muistaa myös tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluva avoimuus, sekä vastuullisuus kun tutkimuksen tuloksia julkistetaan. Muiden tutkijoiden tekemä työ on otettava huomioon asianmukaisesti ja annettava heidän saavutuksilleen kuuluva arvo viittaamalla lainattuihin julkaisuihin asianmukaisella tavalla. (TENK, 2012:6). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan tarkkaan hyvää tieteellistä käytäntöä sekä avoimuuden periaatetta. Koska kirjallisuus-

katsauksen luonne edellyttää tekijältä objektiivisuutta, pyrittiin sulkemaan tekijän subjektiiviset näkemykset ja raportoimaan tähän opinnäytetyöhön valikoituneista tutkimuksista avoimesti kaikki oleellinen tieto.

Sisällönanalyysin käyttö systemoidun kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysissä jakaa mielipiteitä, mutta sen käyttö on lisääntynyt kuitenkin erityisesti kirjallisuuskatsauksiin valittujen artikkelien analyysissä. (Kyngäs ym. 2011:145-146). Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, joka sopi tutkimuskysymysten vastaamiseen hyvin. Aineistolähtöisesti opinnäytetyöhön valikoituneista tutkimuksista saatiin helposti tuloksia, jotka vastasivat suoraan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Induktiivinen sisällönanalyysi oli tässä opinnäytetyössä tekijän mielestä paras vaihtoehto analysointiin, huolimatta mahdollisista ristiriitaisista näkemyksistä menetelmän soveltuvuuteen liittyen. Tekijä toteutti induktiivista sisällönanalyysiä ensimmäistä kertaa, joka kuitenkin tuntui mielekkäältä tavalta. Luotettavuuden arvioinnissa tekijä tunnistaa metodin käytön kokemattomuuden mahdollisen vaikutuksen luotettavuuteen, vaikka pyrkimys läpi työn oli tulosten kattavaan analysointiin.

Opinnäytetyölle alussa asetettu tavoite täyttyi tekijän mielestä hyvin. Tutkimustuloksia voinee hyödyntää psykiatrisen hoitotyön suunnittelua perusterveydenhuollon tasolla, erityisesti psykiatrisen sairaanhoitajan sijoittelua pohdittaessa. Psykiatriset sairaanhoitajat otetaan vastaan perusterveydenhuoltoon innokkaasti yhteistyökumppaneiden taholta, ja psykiatrisilla sairaanhoitajilla on paljon tarjottavaa perusterveydenhuoltoon psykiatrian erityisosaamisen saralla. Tiivis yhteistyö sujuvoittaa potilaiden hoitoa ja opettaa yhteistyötahoille toistensa työstä. Potilaille tämä opinnäytetyö toimii erinomaisena informatiivisena pakettina, koska tuloksiin saatiin paljon hyötyjä potilaan masennuksen hoidosta psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla perusterveydenhuollossa. Tähän opinnäytetyöhön valikoituneista tutkimuksista löytyi vain positiivisia tuloksia psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimaan masennuksen hoitoon sekä potilaiden, että organisaation puolelta yhteistyötahojen kokemusten myötä.

Tämä opinnäytetyö on kokonaisuudessaan toteutettu yhden tekijän toimesta, jolloin virheen mahdollisuus on aina olemassa ja se on otettava huomioon myös tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa. Tämä mahdollisuus tiedostettiin koko prosessin ajan ja tekijä pyrki pitämään työn etenemisen mahdollisimman järjestelmällisenä.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tutkimuksen kohteena on lähivuosien aikana ollut masennus-, ja ahdistuspotilaiden ha-
keutuminen matalan kynnyksen hoitoon perusterveydenhuollon tasolla psykiatristen sai-
raanhoitajien vastaanotolle. Hyviä hoitotuloksia on jo saatu ja toimintaa kehitetään kan-
sallisesti ja kansainvälisesti koko ajan lisää. Psykiatristen sairaanhoitajien tarjoama hoito
perusterveydenhuollossa on pääasiassa suunnattu Suomessa aikuisikäisille. Kuitenkin
myös nuorten mielenterveyden ongelmien lisääntymisestä puhutaan koko ajan enem-
män ja aihe on esillä tasaisesti esimerkiksi mediassa. Voisi olla hedelmällistä tutkia, oli-
siko nuorten mielenterveysongelmien hoitoon Suomessa mahdollisuutta kehittää tulevai-
suudessa samankaltaista matalan kynnyksen hoitomahdollisuutta perusterveydenhuol-
lon tasolle, kun tällä hetkellä Suomessa pääasiassa alaikäisten mielenterveysongelmien
hoito tapahtuu erikoissairaanhoidon toimesta.

Lähteet

Abrams. Robert C, Boné. Blanca, Cary Reid. M., Adelman. Ronald D, Breckman. Risa, Goralewicx. Ronald, Palombo. Marlena, Stern. Amy, Shengelia. Rouzi, Teresi. Jeanne. Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results. 2015. Journal of Geriatrics. 2015; 10. (1-13).

American Psychiatric Nurse Association. 1986. Psychiatric Nurse.
<http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3292>. Verkkodokumentti. Luettu 12.12.2018.

Australian Government. Department of Health. 2013. National Primary Health Care Strategic Framework. Primary Health Care Care in Australia. Päivitetty 2013. Luettu 11.3.2019. <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/NPHC-Strategic-Framework~phc-australia>

Bettany- Saltikov, Josette. 2012. How to do a Systematic Literature Review in Nursing. Open University Press. New York.

Björkelund. Cecilia, Svenningsson. Irene, HAnge. Dominique, Udo. Camilla, Petersson. Eva-Lisa, Ariai. Nashmil, Nejati. Shabnam, Wessmann. Catrin, Wikberg. Carl, Andre. Malin, Wallin. Lars, Westman. Jeanette. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. 2018. BMC Family Practice 2018;19:28.

Chew-Graham. Carolyn A, Lovell. Karina, Roberts. Chris, Baldwin. Robert, Morley. Michael, Burns. Alistair, Richards. David, Burroughs. Heather. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. British Journal of General Practice. 2007; 57. (364- 370).

Duodecim. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä Hoito- suositus. 6.7.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=49F93F689A303FD714E7DF0845F89A90?id=hoi50023#s15>. Verkkodokumentti. Luettu 12.12.2018.

Holloway. I, Wheeler. S. 2010. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. Blackwell Publishing Ltd. United Kingdom.

Kankkunen. Päivi, Vehviläinen- Julkunen. Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kyngäs. Helvi, Elo. Satu, Pölkki. Tarja, Kääriäinen. Maria, Kanste. outi. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede, 2011; 23 (2), 138-148
 Lakeman. Richard. Mental health nurses in primary care: Quantitative outcomes of the Mental Health Nurse Incentive Program. International Journal of Mental Health Nursing. 2013; 22. (391-398).

Lakeman, R. Cashin, A. Hurley, J. Values and valuing mental health nursing in primary care: what is wrong with the 'before and on behalf of' model? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014; 21. (526-535).

Lappalainen, Jarmo. Duodecim 2014. Depressio. Masennuksen hoidon kolmiomalli perusterveydenhuollossa. 27.6.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06966> Verkkodokumentti. Luettu 3.1.2019.

Leino-Kilpi, Helena. 2012. Eettiset ongelmat hoitotyöntekijän ja toisten ammattiryhmien välillä. Teoksessa: *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. 2012. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Meehan, Thomas, Robertson, Samantha. The Mental Health Nurse Incentive Program: reactions of general practitioners and their patients. *Australian Health Review*. 2013; 37, (337-340).

Meehan, Tom. Robertson, Samantha. Mental health nurses working in primary care: Perceptions of general practitioners. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013; 22, (377-383).

Oosterbaan, Desiree B. Verbraak, Marc J. P. M. Terluin, Berend, Hoogendoorn, Adriaan W. Peyrot, Wouter J. Muntingh, Anna. van Balkom, Anton J. L. M. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203, (132-139).

Sadeniemi. M, Pirkola. S, Pankakoski. M, Joffe. Grigori, Kontio. Raija, Malin. M, Ala-Nikkola. Taina, Wahlbeck. Kristian. 2014. Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; 11, (8743-8754).

Saur. Carol D, Steffens. David C, Harpole. Linda H, Fan. Ming-Yu, Oddone. Eugene Z, Unutzer. Jurgen. Satisfaction and Outcomes of Depressed Older Adults with Psychiatric Clinical Nurse Specialists in Primary Care. *Journal of American Psychiatric Nurses Association* 2007; 13, (62-70).

Sosiaali- ja Terveysministeriö. Terveyspalvelut. 2015. Verkkodokumentti. Luettu 3.1.2019. <http://stm.fi/terveyspalvelut>.

Suhonen, Riitta. Axelin, Anna. Stolt, Minna. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Juvenes Print, Turku

Tarnanen. Kirsi, Isometsä. Erkki, Kivekäs. Teija, Lindfors

Olavi, Marttunen. Mauri, Tuunainen. Arja. Duodecim. 2015. Mieli Maassa, mikä avuksi? Käyvän hoidon potilasversio. 25.6.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044#NaN>. Verkkodokumentti. Luettu 30.8.2015.

Terveystieteiden laitos. 30.12.2010/1326. Yleiset säännökset. 1. Luku 3§. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Verkkodokumentti. Luettu 16.12.2018

Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos. 2015. Masennus. [https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-ai-
kalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohtajien_materiaalipaketti/mielenterveys/masennus](https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-ai-
kalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohtajien_materiaalipaketti/mielenterveys/masennus). Verkkodokumentti. Luettu 16.12.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-
epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Valkeapää, Kirsi. 2015. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa: Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Juvenes Print, Turku

Vuorilehto, Maria. Riihimäki, Kirsi. 2014. Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 48/2014 vsk 69.

Välimäki, Maritta. 2012. Eettiset kysymykset mielenterveyshoitoissa. Teoksessa: Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. 2012. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

World Health Organisation. 2003. Europe Mental Health Curriculum. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives.

World Health Organisation. 2008. Policies and practices in mental health in Europe-Meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe. Denmark.

World Health Organisation. 2018. Depression. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Luettu 16.12.2018.

World Health Organisation. 2019. Primary Health Care. Päivitetty 27.2.2019. Luettu 11.3.2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

World Health Organisation. 2019. Primary Health Care. Health Topics. Verkkodokumentti. Luettu 12.10.2019. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_2.

Liitteet

Liite 1. Taulukko hakusanoista ja tiedonhausta

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
PubMed	depression AND psychiatric nurse OR depression nurse OR mental health nurse AND primary health care *free full text *english	2005-2018	640	34	10	5
Cinahl	depression AND psychiatric nurse OR depression nurse OR mental health nurse AND primary health care *full text *english, finnish	2005-2018	148	21	9	4
PsycINFO	depression AND psychiatric nurse OR depression nurse OR mental health nurse AND primary health care	2005-2018	391	13	6	1
Medic	Psykiatri* sairaanhoit* perusterv*	2005-2018	13	1	1	0
Manuaalinen haku				8	3	0

Liite 2. Taulukko valituista tutkimuksista

Tutkimuksen tekijät, tutkimus- paikka- ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto ja aineiston ke- ruu	Keskeiset tulokset
<p>Abrams. Robert C, Boné. Blanca, Cary Reid. M., Adelman. Ronald D, Breckman. Risa, Goralewich. Ronald, Palombo. Marlena, Stern. Amy, Shengelia. Rouzi, Teresi. Jeanne.</p> <p>2015. Yhdysvallat.</p> <p>Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results.</p> <p>Journal of Geriatrics.</p>	<p>Tarkoitus määrittää:</p> <p>-Onko masennuksen ja ahdistuksen seulon- ta ja tunnistaminen mahdollista toteuttaa PASSE-PC-mallin avulla.</p> <p>-Onko seulonnan tuloksena löydetty masennus ja ahdistuspotilaat hoidettavissa moniammatillisen tiimin avulla perusterveydenhuollossa.</p>	<p>N= 1505, 4-vuoden seurantatutkimus.</p> <p>PHQ-9 ja GAD-7 seulon- talomakkeiden pisteytyksen sekä mielialan tilanteen mukaan.</p>	<p>PASSE-PC mallin avulla 37.1% (N=558) seulottiin positiivinen tulos masennukseen, 26.9% (N= 405) seulottiin positiivinen tulos ahdistukseen ja 21.4% (N=322) seulottiin positiivinen tulos sekä masennukseen että ahdistukseen. Tutkimukseen osallistujien oireilu väheni, PASSE-PC-mallin avulla saatiin seulottua tehokkaasti ahdistuspotilaita psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle.</p>
<p>Chew-Graham. Carolyn A, Lovell. Karina, Roberts. Chris, Baldwin. Robert, Morley. Michael, Burns. Alistair, Richards. David, Burroughs. Heather.</p> <p>2007. Iso-Britannia.</p> <p>A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people.</p> <p>British Journal of General Practice.</p>	<p>Tarkoitus selvittää moniammatillisen yhteistyön vaikuttavuutta perusterveydenhuollossa iäkkäiden potilaiden masennuksen hoidossa.</p>	<p>Satunnainen kontrolloitu seurantatutkimus.</p> <p>Seuranta-aika 16 viikkoa, väliraportointi 4,8,12 viikon kohdalla. (N=180).</p>	<p>Moniammatillisen tiimin suorittaman masennushoidon on todettu olevan tuloksellista Yhdysvalloissa.</p>
<p>Lakeman. Richard.</p> <p>2013. Australia.</p> <p>Mental health nurses in primary care: Quantitative outcomes of the Mental Health Nurse Incentive Program.</p> <p>International Journal of Mental Health Nursing.</p>	<p>Raportoida tärkeimmät MHNIP- projektin tulokset (Mental Health Nurse Incentive Program)</p>	<p>Laadullinen internet-kysely.</p> <p>Osatutkimus liittyen MHNIP-projektiin. (N=283).</p>	<p>Vastaajat kertoivat potilaiden oireilun vähentyneen ja arjessa pärjääminen parani. Potilaiden ihmissuhteet paranivat, ja he kykenivät paremmin olemaan osana yhteisöä.</p>
<p>Lakeman. R, Cashin. A, Hurley. J.</p> <p>2013. Australia.</p> <p>Values and valuing mental health nursing in primary care:</p>	<p>Tutkia psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia MHNIP-projektin toimivuudesta, jossa psykiatriset sairaanhoitajat ovat tehneet erilaisia sopimuksia eri organisaatioissa.</p>	<p>Osatutkimus liittyen MHNIP-projektiin. (N=529). Laadullinen internetkysely, jossa käytettiin Qualtrics Survey Software-ohjelmaa ja avoimia kysymyksiä.</p>	<p>288 psykiatrista sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn. Projekti koettiin hyväksi, erityisen potilaslähtöiseksi. Potilaiden oireilu väheni vastaanottojen aikana huomattavasti.</p>

what is wrong with the 'before and on behalf of' model? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.	tioiden kanssa antamastaan vastaanotto-palvelusta mielenterveyspotilaiden hoidosta yhteistyössä yleislääkärin kanssa.	myksiä. Tulokset analysoitiin käyttäen temaattista sisällönanalyysimenetelmää.	
Meehan. Tom, Robertson, Samantha. 2013. Australia. The Mental Health Nurse Incentive Program: reactions of general practitioners and their patients. Australian Health Review.	Kerätä yleislääkäreiden sekä heidän potilaidensa kokemuksia psykiatrisen sairaanhoitajan antamasta hoidosta perusterveydenhuollossa.	Haastattelututkimus. 25 yleislääkärinä sekä 19 potilasta.	Yleislääkärit kokivat psykiatrisen sairaanhoitajan työn perusterveydenhuollossa hyvänä asiana. Lääkärit kokivat saavansa tukea mielenterveyspotilaiden hoitoon kokonaisvaltaisesti. Potilaat kokivat saamansa hoidon tehokkaaksi ja laadukkaaksi.
Meehan. Tom, Robertson, Samantha. 2013. Australia. Mental health nurses working in primary care: Perceptions on general practitioners. International Journal of Mental Health Nursing.	Ominaisuuksia, joita psykiatrisella sairaanhoitajalla tulisi olla mielenterveyspotilaiden hoidossa yhteistyössä yleislääkäreiden kanssa. Yleislääkäreiden näkökulma. Osa MHNIP-projektia.	Haastattelututkimus. 25 yleislääkärinä, jotka jaettiin 2-5 hengen keskusteluryhmiin. Haastattelun kysymykset olivat puolistrukturoituja. Tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.	Tuloksisiksi muodostui 5 teemaa: 1) sopeutuminen hoitoon 2) Tieto – osaaminen 3) Taito 4) Yleislääkärin tukeminen 5) Yleislääkärin kouluttaminen.
Oosterbaan. Desiree B, Verbraak. Marc J. P. M. Terluin. Berend, Hoogendoorn. Adrian W. Peyrot, Wouter J. Mntingh. Anna, van Balkom. Anton. J. L. M. 2013. Alankomaat. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry.	Verrata tavallisesti yleislääkärin vastaanotolla toteutettua ja yhteistyöllä psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa toteutettua tavanomaisimpien mielenterveyshäiriöiden hoitoa (masennus, ahdistus, stressioireyhtymä)	Satunnaistettu kontrolloitu vertailututkimus. 20 yleislääkärinä ja 8 psykiatrista sairaanhoitajaa sekä potilaita (N=163).	94 potilasta sai porrastettua hoitoa vs. 64 sai perinteisesti toteutettua hoitoa. Yhteistyömallin mukaisesti porrastettua hoitoa saaneet potilaat saivat hoidon avulla paremmin vastetta ja saavuttivat remission nopeammin verrattuna tavanomaisesti annettuun hoitoon. Kontrolloituin 4kk,8kk, ja 12 kk.
Sadeniemi. M, Pirkola. S, Panakoski. M, Joffe. Grigori, Kontio. Raija, Malin. M, Ala-Nikkola. Taina, Wahlbeck. Kristian. 2014. Suomi. Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services?	Tutkimus mielenterveyshenkilökunnan liittämistä perusterveydenhuollon tasolle terveysasemalle sekä saada selville mahdollisia taloudellisia vaikutuksia psykiatrian alalle.	Poikkileikkaustutkimus. 18 kunnallista terveyskeskusta HUS:n alueella.	Perusterveydenhuollossa tarjottava psykiatrisen sairaanhoitajan hoito osana yhteistyötä yleislääkärin kanssa vähentää psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyntimääriä.

International Journal of Environmental Research and Public Health.			
<p>Saur. Carol D, Steffens. David C, Harpole. Linda H, Fan. Ming-Yu, Oddone. Eugene Z, Unutzer. Jurgen.</p> <p>2007. Yhdysvallat.</p> <p>Satisfaction and Outcomes of Depressed Older Adults with Psychiatric Clinical Nurse Specialists in Primary Care.</p> <p>American Psychiatric Nurses Association.</p>	<p>Kuvata potilaiden kokemuksia psykiatrisen sairaanhoitajien antamasta hoidosta. Kuvata potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa masennuksen hoitoon perusterveydenhuollossa</p>	<p>N=105.</p> <p>Postitettu tyytyväisyyskysely IMPACT intervention tuloksista.</p>	<p>105 vastaajaa erittäin tyytyväinen saamaansa hoitoon psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. 74% (N=78) raportoi saamansa hoidon olleen loistavaa, 88% (N=91) raportoi olevansa hoitoon erittäin tyytyväinen. 85% (N=88) oli valmis palaamaan tarvittaessa vastaanotolle.</p>
<p>Björkelund. Cecilia, Senningson. Irene, HÅnge. Dominique, Udo. Camilla, Petersson. Eva-Lisa, Ariai. Nashmil, Nejati. Shabnam, Wessmann. Catrin, Wikberg. Carl, Andre. Malin, Wallin. Lars, Westman. Jeanette</p> <p>2018. Ruotsi.</p> <p>Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial.</p> <p>BMC Family Practice.</p>	<p>Kliinisen vaikuttavuuden tutkiminen masennuspotilailla, joiden hoitoa koordinoi psykiatrisen sairaanhoitaja perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>23 satunnaisesti valittua terveysasemaa, potilaat >18v. joilla masennus diagnosoitu alle 1kk sitten.</p>	<p>192 potilasta osallistui psykiatrisen sairaanhoitajan koordinoimaan hoitoon, 184 potilasta osallistui kontrolliryhmään, jossa toteutettiin perinteinen hoito (CAU) MADRS-S- mittarilla.</p> <p>Psykiatrisen sairaanhoitajan hoidossa olevan ryhmän MADRS-S- pisteet 3kk hoidon jälkeen 2.17 matalammat kun kontrolliryhmäläisillä ja 2.27 matalammat 6kk jälkeen. BDI-II-pisteet psykiatrisen sairaanhoitajan hoidossa olevilla 1.96 matalammat kun kontrolliryhmällä 6kk hoidon jälkeen.</p>

Liite 3. Taulukko aineiston pelkistämisestä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
-ahdistuksen väheneminen -masennuksen väheneminen -itsetuhoisuuden väheneminen -elämänilo palaa	Yhteys potilaan oireiluun	Hyödyt potilaalle
-oireidenhallintakeinojen opettelu -itsehoitomenetelmistä saatu tieto -keinoja sairauden kanssa pärjäämiseen -tukea vanhemmuuden taitoihin -priorisoinnin oppiminen	Työkaluja arkeen	
-potilaan fyysinen vointi paranee -potilaan psyykkinen vointi paranee -potilaan sosiaalinen elämä paranee -kotoa ulos lähteminen helpompaa -päihteiden käyttö vähenee -tukitoimien tarve vähenee -mahdollisuus palata töihin tai opiskelemaan -kotoa ulos lähteminen helpompaa -mahdollisuus palata osaksi yhteisöä -alkoholin käyttö väheni	Elämänlaadun paraneminen	
-pidemmät vastaanottoajat -kokemus kuulluksi tulemisesta -leimaantumisen tunne väheni -maksutonta hoitoa -saatavuus parani	Hoidon laadun paraneminen	
-interpersoonallinen terapia -kognitiivinen terapia -ratkaisukeskeinen terapia -perheterapia -psykoedukaatio -rentoutusmenetelmien harjoittelu -tietoisen läsnäolon harjoitteet -keinoja kriisien kohtaamiseen	Psykiatrisen erikoisosaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon	Hyödyt organisaatioille
-mahdollisuus kartoittaa potilaiden tilannetta syvemmin -mahdollisuus fokuoituun hoitoon -lääkäreiden tukena masennuksen ja ahdistuksen diagnosoinnissa -tietämys paikallisista mielenterveyspalveluista -yleislääkäri sekä psykiatrinen sairaanhoitaja samassa rakennuksessa	Psykiatrisen sairaanhoitajan ja yleislääkärin yhteistyö	
-psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluiden tarve vähenee -psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaalahoidon tarve vähenee	Taloudellinen näkökulma	

Liite 4. Tutkimusten laadunarviointitaulukot

Saur ym. 2007: Satisfaction and outcomes of depressed older adults with psychiatric clinical nurse specialists in primary care						
			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä			x			
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys			x			
7) Tulokset			x			
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys				x		
		Yhteensä	6	3		

Lakeman. 2013: Mental health nurses in primary care: Qualitative outcomes of the mental health nurse incentive program						
			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä				x		
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys			x			
7) Tulokset				x		
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys				x		
		Yhteensä	4	5		

Lakeman ym. 2013: Values and valuing mental health nursing in primary care: what is wrong with the 'before and on behalf of' model?						
			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä				x		
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi				x		
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset			x			
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys				x		
		Yhteensä	3	6		

Meehan and Robertson. 2012: Mental health nurses working in primary care: Perceptions of general practitioners.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä				x		
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset			x			
8) Siirrettävyys/yleistettävyys			x			
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys			x			
		Yhteensä	6	3		

Sadeniemi ym. 2014: Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services?

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus			x			
3) Menetelmä				x		
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset			x			
8) Siirrettävyys/yleistettävyys			x			
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys			x			
		Yhteensä	7	2		

Abrams ym. 2015: Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä			x			
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset				x		
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys			x			
		Yhteensä	5	4		

Oosterbaan ym. 2013: Collaborative stepped care v. care as usual for common mental health disorders: 8-month, cluster randomized controlled trial.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä			x			
4) Otos			x			
5) Aineiston analyysi			x			
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset			x			
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys				x		
		Yhteensä	5	4		

Meehan and Robertson 2013: The Mental Health Nurse Incentive Program: reactions of general practitioners and their patients.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus				x		
3) Menetelmä				x	x	
4) Otos						
5) Aineiston analyysi				x		
6) Eettisyys					x	
7) Tulokset				x		
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys				x		
		Yhteensä	1	6	2	

Saur ym. 2007: Satisfaction and Outcomes of Depressed Older Adults with Psychiatric Clinical Nurse Specialists in Primary Care.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			x			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus			x			
3) Menetelmä				x		
4) Otos				x		
5) Aineiston analyysi				x		
6) Eettisyys				x		
7) Tulokset				x		
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys						
		Yhteensä	2	6	0	

Björkelund ym. 2018: Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial.

			HYVÄ	KOHTALAINEN	HEIKKO	ERITTÄIN HEIKKO
1) Tiivistelmä ja otsikko			X			
2) Johdanto ja tutkimuksen tarkoitus			x			
3) Menetelmä				x		
4) Otot				x		
5) Aineiston analyysi				x		
6) Eettisyys					x	
7) Tulokset				x		
8) Siirrettävyys/yleistettävyys				x		
9) Tutkimuksen hyöty ja käytettävyys						
		Yhteensä	2	5	1	

